



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 1

Rapport publié: 28/11/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	8
Aperçu de l'amélioration de la qualité	9
Aperçu du programme	10
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	11
Résultats selon les dimensions de la qualité	13
Pratiques organisationnelles requises	14
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	16
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	16
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	19
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	22
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	24
Santé publique	25
Télésanté	27
Programme de prévention et de contrôle des infections	28
Services de retraitement des dispositifs médicaux	31
Gestion du circuit du médicament	33

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 06/10/2024 au 11/10/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS EMTL) assure des services à une population de plus de 524 000 personnes réparties dans 10 arrondissements de l'est de Montréal regroupant trois réseaux locaux de services (RLS) : le premier : Rivière-des-Prairies, Anjou, Mercier-Est, Pointe-aux-Trembles, le second : Saint-Léonard, Saint-Michel et le troisième : Rosemont, Hochelaga, Mercier-Ouest. L'établissement compte sur près de 16 720 employés et 950 médecins omnipraticiens ou spécialistes et 258 chercheurs dans plus de 26 installations dont 8 CLSC, 15 CHSLD publics, 2 Instituts ainsi que 2 centres hospitaliers. On retrouve sur le territoire 1 033 lits de courte durée, 2 313 lits en CHSLD ainsi que de nombreuses places pour répondre aux besoins de la clientèle en déficience physique, en ressources alternatives.

L'établissement offre des services généraux, spécialisés et ultraspécialisés dans diverses installations, de la naissance aux soins palliatifs. Les besoins populationnels sont très variables et surtout marqués par un vieillissement important de la population ainsi que par la présence des personnes issues de l'immigration. Le profil démographique présente une population à faible revenu, aux prises avec de la pauvreté, de l'isolement et de la violence.

L'établissement a une affiliation avec l'Université de Montréal et participe activement à l'enseignement et la recherche universitaire. Deux installations ont une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) pour l'Institut d'hématologie-oncologie et de thérapie cellulaire. Chaque année, de nombreux stagiaires (plus de 7 200) dans les différentes disciplines, y poursuivent leur formation académique. L'établissement dispose d'un budget de 1.9 M\$.

Au terme du premier cycle du processus d'agrément de cinq ans, l'établissement a obtenu la mention « AGRÉÉ ». Les résultats démontrent que l'établissement se retrouve au-dessus de la moyenne provinciale.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

La visite d'agrément du 6 au 11 octobre 2024 concerne la séquence 1 du deuxième cycle d'agrément de 5 ans comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Les chapitres du référentiel d'évaluation suivants font l'objet de cette évaluation : leadership-planification et organisation des services selon les besoins de la population, leadership-gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles, leadership-gestion de la qualité et des risques, planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, la santé publique et la télésanté. Le programme de prévention et contrôle des infections (PCI), les services de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) et la gestion du circuit du médicament (GCM) ont été évalués de façon transversale. Il est à noter que la gouvernance ne fait pas partie de cette évaluation actuelle, elle le sera dans une visite ultérieure.

L'équipe des visiteurs salue le travail fait en amont en vue de la visite d'évaluation sur place. Les équipes rencontrées étaient bien préparées. Le personnel est engagé et fier de travailler dans l'organisation et donner un service de qualité à leur population. Les équipes sont créatives et innovantes. Le dynamisme de l'équipe de direction est remarquable et un esprit de collaboration interdirectionnelle est présent. Le partenariat avec la communauté est un incontournable afin de trouver des solutions pour le bien-être de la population. La fluidité hospitalière est un enjeu de tous les jours. Plusieurs rencontres quotidiennes sont prévues pour identifier les flux de patients et dénouer les impasses lors de problématiques. Malgré de nombreux efforts, la présence d'usagers avec des niveaux de soins alternatifs et le manque de ressources humaines sont des facteurs qui freinent une gestion judicieuse des lits.

Le CIUSSS-EMTL est un établissement définitivement centré sur l'utilisateur et ses proches. La présence et l'implication des patients partenaires de même que du comité des usagers démontrent l'importance que l'établissement accorde pour obtenir la « voix de l'utilisateur ».

Les équipes ont le souci de donner des soins et services en se basant sur les données probantes et les meilleures pratiques. La culture de la mesure et de la donnée est très présente dans l'organisation. Des tableaux de bord de gestion et des indicateurs sont facilement disponibles grâce à un entrepôt de données. Les stations visuelles opérationnelles et les stations virtuelles salles de pilotage tactiques et stratégiques sont suivies à la loupe. Ces données sont diffusées dans l'organisation, mais surtout utilisées dans une optique d'amélioration continue et d'efficacité. Du soutien est apporté aux jeunes gestionnaires afin de les aider à mieux comprendre les indicateurs. La direction est sensibilisée à cette réalité de 2024 et appuie les efforts en place pour supporter ces nouveaux gestionnaires.

Plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées lors de nos visites dans les différentes installations. Toutes les POR évaluées sont conformes sauf celle sur l'hygiène des mains, car un test de conformité n'est pas complété dans un seul site. Nous encourageons l'établissement à poursuivre son travail pour s'assurer de la conformité de l'ensemble des POR à long terme et à se préparer aux visites subséquentes d'AC.

L'analyse des incidents-accidents et particulièrement les événements sentinelles est très bien documentée. Malgré ces événements malheureux, l'équipe se positionne pour faire de l'événement un processus d'amélioration continue de la qualité.

De nombreuses politiques, procédures, cadres de références et procédures opératoires normalisées sont à consulter dans le cadre de l'évaluation d'AC. Un travail colossal a été fait pour la révision et faciliter le processus d'adoption des politiques et procédures. Une attention particulière est portée à la rétention du personnel, le support aux équipes, la santé globale, la sécurité organisationnelle et la promotion d'un climat de travail sain. Il faut souligner les efforts pour diminuer la main-d'œuvre indépendante dans l'établissement grâce à un processus d'embauche efficace.

L'organisme présente une solide structure d'effectifs dédiés aux activités de prévention et contrôle des infections. Les bénéfices sont tangibles, un excellent taux de conformité à l'hygiène des mains dans l'ensemble de ses secteurs et une réduction des taux d'incidence des infections nosocomiales. Le déploiement des audits à la Maison de naissance Anne-Courtemanche permettra d'atteindre la conformité à la POR sur l'évaluation périodique à la conformité de la pratique de l'hygiène des mains.

Une culture de la mesure bien implantée et diffusée amène une conformité à la POR sur le suivi étroit des infections nosocomiales. Une mention particulière est accordée aux outils d'aide à la décision développés. Dans une perspective d'amélioration, une attention doit être portée à la qualité des données et les délais générés par l'absence d'un outil robuste de gestion des données.

L'organisme peut compter sur une solide expertise en matière de retraitement des dispositifs médicaux dont la cheffe de service, madame Véronique Pétrin, a contribué à la formation des visiteurs d'AC. Un taux de conformité presque parfait est observé tout au long des processus de retraitement réalisés à l'unité centrale de stérilisation. Un effort remarquable a été investi au niveau des unités de retraitement des dispositifs endoscopiques, celle de l'HMR a permis d'accroître l'accessibilité et la qualité du retraitement. L'organisme est invité à poursuivre l'atteinte de la conformité dans l'ensemble des unités satellites au sein des secteurs cliniques.

La gestion du circuit du médicament est menée par une équipe de gestionnaires du département de pharmacie, en partenariat avec les autres directions et les médecins. Les pratiques organisationnelles requises dans la gestion des médicaments sont conformes aux attentes. La documentation des politiques et des procédures est récente. Il reste à consolider et à finaliser quelques documents nécessaires.

Quelques défis demeurent à consolider dans le plan d'action du circuit du médicament dont l'harmonisation des outils d'administration des médicaments injectables et l'ajout d'une (des) bibliothèque(s) des médicaments pour les pompes intelligentes. De plus, l'harmonisation de certaines pratiques afin d'optimiser le travail du personnel technique et des pharmaciens serait à réviser pour augmenter l'efficacité. En dernier lieu, l'ajout d'un système de rédaction d'ordonnance électronique et d'une feuille d'administration des médicaments sécuriserait le circuit du médicament.

La télésanté a été mise en place en 2019. Elle est bien en selle aujourd'hui. Sa programmation est complète et respecte toute la démarche provinciale et tous les critères attendus. L'équipe de télésanté a poursuivi les travaux afin de maintenir, pérenniser leurs projets et ajuster les offres de service selon l'évolution des besoins et des technologies disponibles. Les défis demeurent au niveau technologique (accès sans fil et absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information) et de l'assurance de la sécurité informationnelle de toutes les instances.

L'organisation s'assure de mettre en place des actions pour prévenir les risques et se préparer à apporter une réponse appropriée en cas d'urgence et de sinistres, autant dans l'établissement que dans la communauté. La structure de coordination, mise en place pour la gestion des mesures d'urgence et de sinistres, permet une mobilisation rapide pour les prises de décision selon les différents niveaux de paliers décisionnels. Des améliorations de processus sont apportées suivant les situations vécues. Nous encourageons l'établissement cependant à systématiser différents fonctionnements par l'élaboration de procédures formelles.

La direction de la santé publique assure un leadership fort dans le maintien et l'amélioration de la santé de la population de la région. Celle-ci a su développer des partenariats importants avec les partenaires publics et communautaires. Des projets concrets et adaptés aux différentes clientèles ont été réalisés, et ce en impliquant les partenaires ainsi que les citoyens représentant différentes populations cibles.

L'ensemble des services observés sont empreints de qualité et basés sur les déterminants de la santé spécifiques à la région.

Le CIUSSS-EMTL bénéficie de l'expertise de professionnels hautement qualifiés et engagés dans le domaine de la santé publique. Ces experts démontrent une solide maîtrise des enjeux de santé populationnelle grâce à une formation continue rigoureuse et une approche proactive dans l'identification et la gestion des priorités en santé publique.

Leur capacité à analyser les données épidémiologiques, à mettre en œuvre des interventions adaptées aux réalités socio-économiques du territoire, et à mobiliser des ressources dans des contextes d'urgence, est largement reconnue.

L'utilisation d'outils modernes de surveillance et d'évaluation, combinée à une coordination efficace avec les partenaires communautaires, assure une réponse rapide et ciblée aux besoins de la population.

Les professionnels de la santé publique au CIUSSS-EMTL se distinguent également par leur collaboration interdisciplinaire et leur habileté à intégrer les meilleures pratiques fondées sur des données probantes dans leurs interventions. Leur expertise permet non seulement de prévenir et de contrôler les éclosions de maladies infectieuses, mais aussi de répondre aux enjeux émergents, tels que les déterminants sociaux de la santé et les changements climatiques.

Cette excellence en matière de gestion des risques et de promotion de la santé est un atout majeur pour le CIUSSS-EMTL, assurant ainsi une prestation de services de santé publique à la fois efficace et durable.

Au cours des dernières années, l'équipe de gestion responsable de la coordination des mesures d'urgence et de la sécurité civile s'est renouvelée, renforçant son efficacité et sa capacité d'adaptation. Une structure de coordination fonctionnelle a été mise en place, incluant des comités locaux après la pandémie et certains événements critiques.

Les collaborations avec la Direction de santé publique (DSP) et les partenaires de sécurité civile ont déjà permis de développer des plans d'action pour atténuer les risques liés à des aléas climatiques, mais cette démarche doit s'étendre à d'autres thématiques. Les gestionnaires veillent à impliquer les parties prenantes internes et externes, tout en participant activement aux instances régionales. Il est important de poursuivre ces initiatives et de clarifier les rôles de chacun lors des réunions-bilans d'événements d'urgence.

Un travail reste à faire sur la communication des rôles et des mécanismes de gestion d'urgence au sein de l'établissement et avec les partenaires externes. Concernant la formation, elle est offerte régulièrement aux intervenants psychosociaux et dans certains milieux de soins, mais elle n'est pas encore standardisée dans tout l'établissement, ce qui nécessiterait des ajustements.

Des exercices de simulation réguliers, accompagnés de rapports d'évaluation, permettent d'améliorer les processus et les compétences. L'implication des partenaires externes dans ces exercices et dans leur analyse postérieure serait bénéfique. Il serait aussi opportun de renforcer les liens entre la coordination des mesures d'urgence et la DSP pour mieux identifier les menaces et répondre aux besoins des populations vulnérables.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence

- Soins centrés sur les usagers
- Approche patient-partenaire (Espace partenaire)
- Collaboration interdirection
- Documentation
- Culture de la mesure des données innovation

Pistes d'amélioration

- Poursuivre les projets immobiliers majeurs
- Intégrer les usagers partenaires dans la planification et l'élaboration de vos activités au-delà de la consultation
- Rehausser la robustesse et l'efficacité du réseau informatique

Aperçu de l'amélioration de la qualité

La Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) est très présente dans l'organisation. Sur la majorité des documents, on y retrouve le slogan « La qualité : le pouvoir de chaque geste au quotidien ». Ce slogan démontre très bien l'importance accordée par l'établissement à la qualité en la définissant comme une priorité organisationnelle. Un cadre de référence soutient les équipes dans la mise en place d'une culture et d'une compréhension commune et partagée de la qualité. Un plan intégré d'amélioration continue de la qualité est en place associé à différents comités, dont celui de la gestion des risques. Des rapports trimestriels du registre local des incidents et accidents sont présentés et des objectifs d'amélioration sont développés. Le tableau de bord des incidents-accidents est disponible pour les gestionnaires et les principaux constats sont présentés au comité de vigilance et de la qualité pour suivi et recommandations. L'équipe mise sur la culture de déclaration et de non-blâme afin que les incidents- accidents fassent l'objet d'un suivi dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

Un accompagnement des initiatives d'amélioration continue est offert afin de soutenir l'amélioration des trajectoires des soins et services. La formation, le coaching, la marche du processus (Gemba) sont des exemples du soutien offert aux équipes pour améliorer les différents processus.

L'établissement travaille de concert avec les partenaires internes et externes dont le comité des usagers du centre intégré (CUCI) qui est associé de près au concept de qualité. Un souci constant est de s'assurer que les soins et les services soient sécuritaires. Le processus de déclaration et de divulgation est bien connu et suivi dans l'organisation. Le plan de sécurité des usagers et de gestion intégrée des risques a été adopté par le comité de direction à la suite d'une cartographie des différents risques organisationnels, environnementaux, etc. Une vigie est faite par les différentes directions. Les partenaires contactés confirment la collaboration positive et le partage avec le CIUSSS-EMTL. Ils se disent écoutés et le celui-ci démontre de l'ouverture. Les différentes directions ont un plan d'amélioration de la qualité. Un processus est bien en place pour la gestion des plaintes dans l'organisation qui respecte le cadre légal. Le suivi des plaintes est fait auprès du demandeur dans une optique d'amélioration continue de la qualité. La lutte contre la maltraitance est bien structurée pour que les actions soient prises advenant un signalement.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Santé publique - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Santé publique
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Télésanté
CHSLD Dante	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Dante	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Jean-Hubert-Biermans	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Jean-Hubert-Biermans	Gestion du circuit du médicament
CLSC Olivier-Guimond	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Olivier-Guimond	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Olivier-Guimond	Gestion du circuit du médicament

Installation	Chapitre
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Santa Cabrini	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Santa Cabrini	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Santa Cabrini	Gestion du circuit du médicament
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Programme de prévention et de contrôle des infections
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Gestion du circuit du médicament
Maison de naissance Anne-Courtemanche	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison de naissance Anne-Courtemanche	Gestion du circuit du médicament
Centre de chirurgie ambulatoires ophtalmologie-Angus	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de chirurgie ambulatoires ophtalmologie-Angus	Gestion du circuit du médicament

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	28	1	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	12	0	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	0	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	39	0	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	168	9	2	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	204	12	2	218
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	47	0	0	47
Total	530	22	4	556

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		66 / 69	95.65%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de direction a réitéré en 2024 sa planification stratégique pour les années 2024-2026 selon les orientations ministérielles. L'établissement s'est doté d'une réflexion stratégique en trois temps afin de « faire mieux ensemble pour notre population et nos employés ». Les trois stratégies sont de se permettre un temps d'arrêt pour se recentrer, repositionner les priorités stratégiques, identifier les projets structurants et ajuster les mécanismes organisationnels. À la suite de cette réflexion, trois grandes priorités ont émergé: un accès simplifié, le bien-être et la saine gestion. La démarche a été développée avec des acteurs internes et externes dont les comités des usagers du centre intégré (CUCI). Des plans d'action opérationnels sont en place dans la salle de pilotage et un suivi est fait lors des rencontres de gestion.

La mission émane du MSSS et est dictée par la loi. La vision est celle partagée par le MSSS. Les valeurs organisationnelles avaient été choisies à partir de la consultation des principaux acteurs de l'établissement en 2016. Lors de la planification stratégique de 2024-2026, les valeurs ont été révisées et l'établissement a maintenu les valeurs choisies, car elles correspondent à la réalité d'aujourd'hui. Chaque valeur est définie selon les volontés de l'établissement, car « nos valeurs nous unissent ». Une démarche avec la santé publique a permis à l'établissement de se doter d'un plan de rétablissement et de résilience de l'Est-de-l'Île-de-Montréal afin de répondre aux différents enjeux prioritaires soulevés à la suite de la pandémie. Cette démarche concertée avec les partenaires communautaires, les usagers et les proches a permis d'identifier et de faire un diagnostic populationnel et surtout de mettre de l'avant les pistes d'action actuelles et futures pour répondre aux besoins populationnels. Cet exercice est une démonstration claire de la présence d'un esprit de collaboration interne et externe afin de s'assurer que l'établissement fasse les bons choix cliniques. Cet exercice est digne de mention et devrait être partagé à l'ensemble du réseau de santé québécois.

Un comité des usagers a fait partie intégrante des discussions. Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a fait partie intégrante des discussions. Il se positionne dans un objectif d'amélioration et de collaboration lors des rencontres avec l'organisation. La mission, la vision et les valeurs sont visibles dans l'établissement à des endroits stratégiques.

Les besoins populationnels sont bien documentés et connus de l'établissement. Le partenariat avec la communauté est à souligner. Les priorités organisationnelles sont définies selon les différentes opportunités d'amélioration et les besoins des usagers. La structure organisationnelle a été modifiée pour atteindre les objectifs de priorités stratégiques. Notons l'ajout de la direction des communications, de la stratégie numérique et de projets immobiliers majeurs. Les indicateurs font l'objet d'un suivi serré de la part de la chaîne de direction. La culture de la mesure et de la donnée est bien présente. Les indicateurs sont diffusés, mais surtout utilisés pour l'amélioration des soins et services. Des tableaux de bord de gestion sont transmis aux gestionnaires en temps réel.

Le cheminement des usagers est une préoccupation constante de la part des gestionnaires. C'est un des enjeux prioritaires de l'organisation. Des indicateurs de suivi sont en place dans le tableau de bord.

Différentes stratégies sont utilisées pour favoriser le cheminement optimal des usagers, dont le centre de commandement et les caucus opérationnels. Beaucoup de pression est exercée sur les gestionnaires de la gestion des lits afin de répondre aux besoins des usagers requérant des services. Le caucus des usagers en attente de niveaux de soins alternatifs(NSA) est un espace opérationnel pour trouver des solutions interdirectionnelles pour améliorer la prise en charge des usagers au bon endroit. La planification précoce et conjointe du congé (PPCC) est au cœur du cheminement des usagers. La formation et la sensibilisation du personnel clinique sont des moyens pour intégrer le personnel dans la prise de décision clinique afin de sécuriser les départs des usagers, et ce, dans les meilleures conditions possibles. Plusieurs initiatives sont en place pour trouver, selon les profils des usagers, des alternatives à l'hospitalisation. Parmi les différents moyens, notons un accès rapide, une unité de soins virtuels et des suivis post-hospitalisation. La direction est très sensible aux enjeux de fluidité, mais force est de constater que la volumétrie demeure élevée dans les secteurs de l'urgence et ce, malgré tous les efforts. Nous encourageons l'équipe à poursuivre ses travaux pour favoriser l'accès à la clientèle et trouver la bonne trajectoire pour répondre le plus efficacement à leurs besoins.

La Direction des communications est en place depuis janvier 2024. Le but premier de cette direction est de s'assurer que le message diffusé soit bien compris par les usagers, les proches et les employés. Différents moyens sont en place pour transmettre les informations. Il faut noter que cette direction est à définir les profils de clientèle qui permettra d'utiliser le bon moyen de communication pour réussir à rejoindre les individus dans leur quotidien; belle initiative de la part de cette direction qui a à cœur de rejoindre leurs populations cibles avec les bons moyens. Le slogan de la direction est d'avoir des outils simples et adaptés. Des boîtes à outils sont aussi disponibles pour les gestionnaires afin de les aider dans leur prise de décision. Les affiches sur la prévention de la violence en milieu de travail et les valeurs sont à souligner.

Les intervenants rencontrés ont à cœur les soins centrés sur l'utilisateur. Leurs discours et leurs actions ont un but commun, la qualité des soins dispensés. Différents moyens sont en place pour que les usagers reçoivent les meilleurs soins. La présence de conseillères cadres ou de spécialistes cliniques permet de s'assurer que les données probantes soient intégrées dans les bonnes pratiques. Le savoir expérientiel des patients partenaires est un élément pris en compte. La relation avec les usagers a évolué en écoutant les symptômes, en écoutant les besoins et en écoutant l'expertise (décider avec l'utilisateur). Ce savoir, riche de connaissances, mérite que l'ensemble des intervenants en tienne compte pour maintenir une offre de services adaptée selon les besoins de chaque usager.

De nombreux patients partenaires font partie de différents comités. Un cadre conceptuel du partenariat est en place pour favoriser l'implication des patients partenaires dans les prises de décision. Le partenariat est également un aspect important de la pratique des soins et services. Les espaces partenaires (s'engager, partager et avancer) accompagnent les directions dans la mise en œuvre de modalités favorisant l'engagement des parties prenantes à l'approche de partenariat dans les projets organisationnels. Les espaces partenaires sont présents dans les différentes directions cliniques grâce à la participation de nombreux patients partenaires. Une mobilisation des parties prenantes favorise une prise de conscience collective pour une prise en charge optimale de la clientèle. Différents exemples de partenariat sont présentés et démontrent encore une fois les efforts mis en place pour répondre aux besoins populationnels, des usagers et de leurs proches.

L'équipe est sensibilisée et s'ajuste en fonction des nouveaux besoins des différentes réalités culturelles permettant de répondre au partenariat populationnel. Des journées de réflexion et d'échanges entre les gestionnaires et les partenaires communautaires en sont de bons exemples. Les centres d'information pour l'utilisateur et ses proches (CIUP) sont disponibles pour répondre aux besoins d'informations, de connaissances des usagers, des proches et du personnel. Les sondages de l'expérience vécue par les usagers sont effectués dans certains secteurs en collaboration avec les comités des usagers et les patients partenaires.

Un cadre conceptuel éthique et un code d'éthique et de conduite ont fait l'objet de révision en 2024. Le cadre conceptuel en éthique a été révisé, mais n'est pas finalisé. Nous encourageons l'équipe à poursuivre la révision du cadre conceptuel en éthique. Une structure de gouvernance est en place pour l'éthique clinique et celle de la recherche.

Il faut noter la présence d'un patient partenaire dans le comité afin de donner la voix de l'utilisateur et s'assurer que le vocabulaire utilisé est compris par le public cible.

Les valeurs du code d'éthique respectent les valeurs organisationnelles et on note les comportements attendus des usagers et du personnel afin de faire respecter le code éthique et de conduite. La recherche clinique est bien structurée par un règlement. Plusieurs projets de recherche sont bien encadrés et on dénote un grand souci concernant la compréhension de la notion du consentement pour les participants au dit projet. Un règlement sur les conflits d'intérêts est en place. Les rôles du bureau du comité d'éthique de la recherche sont bien définis. Certains efforts de formation, de sensibilisation ont lieu, mais beaucoup de travail reste à accomplir pour faire connaître davantage les enjeux éthiques auprès des intervenants. Les rendez-vous qualité sont le moyen utilisé pour diffuser l'information aux gestionnaires qui, eux, la diffusent au personnel dans les stations visuelles. La promotion auprès du personnel du cadre éthique est à venir. Les droits et responsabilités des usagers sont bien définis et ils sont remis aux usagers au besoin.

Les questions d'éthique clinique sont analysées par un comité d'experts selon la problématique clinique présentée. Des réflexions organisationnelles sur des thématiques récurrentes font l'objet de consultation clinique éthique afin de guider les intervenants dans les bonnes pratiques. Le processus de demande au comité éthique est informatisé et est disponible sur l'intranet. Il est facile d'utilisation. Les discussions éthiques ont pour but de clarifier les enjeux éthiques cliniques. Les avis ou recommandations sont consultatifs et ils ne sont pas prescriptifs. La décision clinique revient aux intervenants impliqués dans la situation.

Différents projets immobiliers sont en cours ou en développement afin de moderniser les bâtiments et les équipements médicaux. Il est observé une certaine vétusté particulièrement à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Un projet majeur est en élaboration pour moderniser cet hôpital. Les travaux de rénovation ou de construction sont suivis par des agents préventionnistes afin d'assurer une vigie. L'équipe de prévention et contrôle des infections fait partie intégrante des activités permettant d'assurer cette vigie.

Les patients partenaires sont impliqués dans les différents travaux afin de donner la voix de l'utilisateur et tenir compte de leurs besoins. Une attention doit être apportée afin de sécuriser les extincteurs à HMR. L'équipe est encouragée à s'assurer que les extincteurs soient dans une enclave fermée dans tout le CIUSSS-EMTL. Des systèmes de redondance sont en place en cas de perte d'électricité.

Un système informatique, GMAO, permet d'inventorier l'ensemble des équipements médicaux. Un programme d'entretien préventif est en place pour s'assurer du bon fonctionnement des appareils.

L'établissement a un souci pour le développement durable. Une politique sur le développement durable est en place. Plusieurs initiatives ont été instaurées afin de limiter les impacts environnementaux, dont la gestion des matières résiduelles, la démarche de décarbonation des bâtiments, le plan de verdissement pour n'en nommer que quelques-unes. L'ensemble des intervenants ont une pensée durable et proposent des petits gestes quotidiens. Il est suggéré que la notion de développement durable soit intégrée dans la planification stratégique.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Évaluation du chapitre : 97,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,8 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Plusieurs rencontres ont eu lieu pour obtenir l'information en lien avec la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. L'ensemble des intervenants ont à cœur la mission de l'établissement et ont été très transparents dans le partage des informations.

Les employés sont au cœur de la direction des ressources humaines. Ces personnes sont précieuses pour l'organisation. Plusieurs moyens sont en place pour favoriser leur bien-être personnel et professionnel. Les profils de fonction font mention de la qualité et de la sécurité des patients ainsi que des soins centrés sur l'utilisateur. Le processus de gestion du personnel est très structuré à partir du processus d'embauche jusqu'au départ, le cas échéant. Chaque nouvel arrivant reçoit un programme d'intégration et d'orientation.

Le plus grand défi est la pénurie de personnel dans plusieurs secteurs d'activités, surtout au niveau des soins infirmiers. Plusieurs activités de recrutement ont porté fruit, mais les efforts doivent se poursuivre afin de répondre aux besoins populationnels. Parmi les éléments de succès, notons le recrutement international francophone et la campagne de recrutement « passez à l'Est » qui sont des éléments porteurs de bons résultats d'embauche. Beaucoup d'efforts ont été effectués afin de diminuer la présence de la main-d'œuvre indépendante dans la dernière année. L'autogestion des horaires sera déployée dans les prochains mois.

Une politique du bien-être du personnel est en place. Un code d'éthique et de conduite oriente les comportements attendus des intervenants. La direction des ressources humaines mentionne que les syndicats sont en mode collaboration afin de trouver des solutions pour améliorer le bien-être des employés. Plusieurs activités de reconnaissance sont présentes pour souligner l'apport des employés au sein de l'établissement. Un esprit de collaboration favorise le travail interdisciplinaire. Les intervenants respectent leur champ de pratiques professionnelles.

La politique pour la promotion et la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail est en vigueur. La politique de tolérance zéro est appliquée. Une campagne de sensibilisation, avec ses messages clés combinés à une dose d'humour, attire l'attention.

La formation est une priorité organisationnelle. Elle transcende l'ensemble des secteurs visités. Un programme de formation obligatoire et en cours d'emploi est disponible pour le personnel selon les directions. Chacune d'elles détermine ses objectifs de formation. Des activités de e-learning, de formation en présentiel sont les principaux moyens pour la diffusion de la formation. Les registres de présence de formation sont bien documentés grâce à la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA). Une procédure sur l'appréciation et la contribution au rendement des employés est en place dans l'établissement. Les entretiens périodiques sont à géométrie variable selon les directions. Nous comprenons que la charge de travail du gestionnaire est importante, mais l'appréciation au rendement est un excellent moyen d'amélioration continue. Nous suggérons de reprendre et de systématiser les évaluations dans l'ensemble des directions et de s'assurer que les formations obligatoires sont suivies par l'ensemble des intervenants.

Un comité de prévention, de protection au travail est en place pour favoriser un milieu de travail sécuritaire. Lors d'accidents de travail, une analyse est effectuée et des recommandations sont émises afin d'éviter la récurrence.

Le dossier employé est électronique. Il est très bien structuré peu importe l'établissement d'origine avant la fusion de 2015. On y retrouve les informations pertinentes (diplôme, curriculum vitae, engagement à la confidentialité, etc.).

En résumé, l'équipe des ressources humaines est motivée, engagée envers le personnel et accessible. Leur objectif est d'offrir un environnement serein, stimulant, engagé où tous les intervenants, peu importe leur titre, trouvent un accomplissement et un plaisir à se présenter au travail.

La Direction des ressources financières (DRF) est très bien structurée et rigoureuse. Les ressources financières comportent des processus qui sont extrêmement formalisés et légaux. Les sources de financement sont bien connues et suivies. Le budget annuel est déficitaire et l'analyse des écarts est effectuée. La planification des prévisions budgétaires est réalisée à partir des besoins exprimés par les différentes directions. Chaque gestionnaire est rencontré en préparation de son budget annuel, lors de suivis particuliers ou si besoin de soutien par la DRF. Une équipe de professionnels supporte les gestionnaires pour toute demande particulière en lien avec le budget. Une formation sur la culture de la rigueur budgétaire et le processus budgétaire est en cours afin de mettre à jour les connaissances de tous les gestionnaires. Un calendrier des différentes phases de la planification budgétaire a été élaboré. Le budget est déposé au comité de vérification et approuvé par le conseil d'administration.

Différentes politiques sont élaborées dont celles sur la gestion budgétaire et la capitalisation des immobilisations. Le Portail Bi de la DRF dresse l'ensemble des informations financières. Plusieurs indicateurs de suivi sont en place. Le comité de direction, le conseil d'administration et chaque gestionnaire disposent de tableaux de bord détaillés afin de suivre l'évolution de la situation financière de l'organisation et de leur secteur. Chaque gestionnaire et par défaut, chaque direction sont imputables de leur budget. Si nécessaire, une reddition de compte est faite selon le plan d'analyse financière périodique. Toutes les demandes de développement font l'objet d'un processus clair. Les projets sont priorisés en fonction des orientations stratégiques.

Tous les projets d'immobilisation, d'investissement et de fonctionnement ont un budget particulier et un suivi est fait par la direction concernée et la direction générale. L'allocation des ressources se fait en fonction de différents facteurs dont la capacité des équipes à réaliser l'ensemble des projets.

L'équipe des ressources informationnelles a pour objectif de répondre aux besoins informatiques des utilisateurs tout en respectant les différentes normes émises par la gouvernance provinciale. La sécurité informationnelle est une responsabilité importante de cette direction et est au cœur des actions. Elle est sous la responsabilité d'un chef de sécurité de l'information organisationnelle. Un plan triennal 2024-2026 de cybersécurité est établi pour soutenir les opérations tout en assurant la conformité aux bonnes pratiques. Une campagne de sensibilisation sur la cybersécurité et une formation sont en cours dans les différentes installations du CIUSSS. Une redondance des systèmes informatiques est présente afin d'éviter les bris de services. Tous les dossiers informatiques ont une cote de vulnérabilité (disponibilité, intégrité et confidentialité). Le télétravail a obligé l'organisation à émettre des règles pour encadrer cette nouvelle pratique afin de s'assurer du respect de la confidentialité et de la cybersécurité. Les équipes sont conscientes des enjeux reliés au défi technologique informatique. Plusieurs applications informatiques sont désuètes et la recherche des données est parfois difficile. Des demandes de modernisation sont faites auprès des instances gouvernementales. L'arrivée dans les prochaines années du dossier santé numérique au niveau provincial freine certains développements internes.

Les droits d'accès des utilisateurs sont en fonction de leur titre d'emploi. Une journalisation des accès est disponible. Des audits de dossiers (journalisation) ont été faits lors de signalement de bris de confidentialité. Une politique sur l'accès au dossier médical est en place. Un engagement à la confidentialité est signé lors de l'embauche.

L'équipe est très engagée, passionnée et en attente des changements technologiques pour répondre le plus rapidement possible aux besoins des usagers. La collaboration, déjà existante, entre la direction des ressources informationnelles et la DQÉPÉ, sera renforcée avec les changements annoncés et leur implantation.

La Direction des services techniques et logistiques sont impliqués dans plusieurs services et secteurs de même que dans différents dossiers de la gestion de projets, de l'entretien des installations, du génie biomédical, etc. Leurs objectifs sont d'assurer le développement et le maintien d'une culture axée sur le service à la clientèle.

L'équipe des approvisionnements est très sensible à répondre aux besoins des utilisateurs tout en respectant les normes de pratique sécuritaire. Un processus rigoureux est en place pour l'acquisition de nouveau matériel et d'équipements médicaux. Une priorisation annuelle est effectuée selon des critères objectifs. Une gestion efficiente des stocks de matériel dans les services est observée. Un comité d'acquisition des produits cliniques siège chaque mois. L'établissement est lié au processus d'appels d'offres par le centre d'acquisition gouvernementale. Une structure légale est en place.

Un programme d'entretien préventif (2024) des équipements médicaux est en vigueur et est informatisé. La traçabilité de la demande est possible de l'inscription jusqu'à la résolution du problème autant pour la maintenance que pour les équipements biomédicaux. L'entretien préventif peut être fait à l'interne ou par des fournisseurs externes (contrats de service). Une vigie est effectuée par les gestionnaires internes.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.4.1	Les gestionnaires de l'établissement choisissent et mettent en œuvre des systèmes d'information qui répondent aux besoins actuels et tiennent compte des besoins futurs de l'établissement.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La qualité fait partie des concepts clés de l'établissement. Son slogan est : « la qualité : le pouvoir de chaque geste au quotidien ». En plus d'être une valeur, c'est également une priorité organisationnelle. Une structure de gouvernance est en place et les rôles et responsabilités sont bien établis. Un plan de sécurité des usagers et une gestion intégrée des risques sont en place. Les principaux risques (cartographie) sont identifiés et les instances de vigie sont bien notées. Chaque direction a un plan opérationnel d'amélioration continue de la qualité. Le tout fait partie d'un cadre de référence en gestion intégrée qualité-performance. Les rendez-vous qualité sont un excellent moyen de diffuser les informations aux intervenants dans le cadre des rencontres aux stations visuelles opérationnelles. Les marches qualité (gemba) sont également une stratégie pour comprendre le terrain et proposer des pistes d'amélioration. Il faut noter la participation des patients partenaires dans ces activités. Le comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires s'assure que les pratiques professionnelles soient basées sur les données probantes et les besoins populationnels.

Le partenariat avec les usagers est très présent afin d'obtenir la voix de l'utilisateur dans différents comités, lors d'échanges locaux ou régionaux, etc.

La politique contre la maltraitance a été produite en collaboration avec les différentes parties prenantes dont le comité des usagers. Des boîtes à outils de lutte contre la maltraitance guident les gestionnaires dans la prise de décision. La promotion de la bientraitance dans l'organisation est favorisée afin de respecter les usagers et leurs proches. Il serait intéressant que l'équipe développe une formation pour le personnel afin de les sensibiliser à la notion de la bientraitance au quotidien dans une approche d'utilisateur-partenaire des soins.

L'équipe de la DQÉPÉ a accès à un tableau de bord organisationnel. Chaque gestionnaire a également accès aux données de son secteur où l'on retrouve beaucoup d'informations sur les incidents-accidents entre autres. Une culture de sécurité et de déclaration des incidents-accidents est en place dans l'établissement. Le portail d'intelligence d'affaires est très impressionnant et permet de rendre disponible aux requérants, différentes données issues de plusieurs applications afin de « faire parler » les informations.

Des indicateurs de sécurité (événements indésirables) sont suivis et déposés au comité de direction et au conseil d'administration. Une évaluation des risques organisationnels et par direction a été effectuée. La culture de la mesure est en place.

La gestion des événements indésirables est alimentée par une boîte à outils pour les gestionnaires et les équipes de soins. La déclaration des incidents-accidents est faite de façon électronique. Une grille permet de catégoriser le type d'événement et sa gravité. Tous les événements sont analysés et un suivi est fait auprès des personnes concernées. Une attention particulière est accordée aux événements sentinelles. Une analyse approfondie est effectuée avec la participation des acteurs concernés. Des pistes de réflexion et surtout des recommandations sont appliquées. Une politique de divulgation initiale et subséquente prévoit entre autres des mécanismes à mettre en place pour soutenir les proches, le patient lors de situations complexes.

Le mécanisme de gestion des plaintes est bien structuré. Différents moyens sont en place pour faire connaître le service et pour déposer une demande d'interventions au service des plaintes. Le mécanisme de suivi est bien structuré et respecte les normes légales. Celui-ci vise la satisfaction des plaignants et ce, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité. Il en est de même pour le suivi qui est effectué permettant d'éviter la récurrence de la situation. Les dénonciations de maltraitance sont suivies et analysées. Des actions sont prises selon la situation présentée.

La politique sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) a été élaborée par la direction des services professionnels et de la direction des soins infirmiers. Cette politique a été adoptée par le comité de direction. Des guides par direction aident les intervenants à orienter leurs actions en regard du BCM et ce, en fonction de leurs clientèles. Des audits sont faits pour s'assurer de la conformité au respect des bonnes pratiques. Nous encourageons l'équipe à poursuivre leurs efforts pour augmenter les taux de complétion du BCM dans l'organisation.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CIUSSS-EMTL a démontré un haut niveau de préparation et d'engagement dans la gestion des situations d'urgence et de sinistre sur son territoire, conformément aux critères d'AC. Tout au long de la visite, l'équipe a su mettre en évidence une approche rigoureuse et structurée, s'appuyant sur un cadre général bien défini pour faire face aux crises et assurer la continuité des soins et services.

La planification, au cœur de la démarche, intègre une évaluation complète des risques à la santé et au bien-être de la population, tant au niveau des usagers que de la communauté, en tenant compte des particularités de chaque quartier desservi par le CIUSSS. Cette évaluation approfondie permet une adaptation précise des interventions à déployer en fonction des besoins recensés dans les situations d'urgence, garantissant ainsi une réponse rapide, efficace et personnalisée.

Lors des présentations des cas traceurs, il a été clairement démontré que les processus en place respectent les meilleures pratiques, notamment à travers l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'intervention conçus pour répondre aux besoins spécifiques de la population lors de crises. Ces plans, adaptés aux divers scénarios d'urgence possibles, sont basés sur une approche interdisciplinaire mobilisant les ressources internes et externes de façon cohérente et concertée.

Le CIUSSS-EMTL a également prouvé sa capacité à établir des plans de rétablissement robustes, essentiels pour accompagner la population dans le retour à la normale après des événements perturbateurs. Ces plans incluent des mécanismes de soutien tant pour les usagers que pour les équipes cliniques et administratives, permettant une reprise des activités dans des conditions optimales de sécurité et de bien-être.

Enfin, la mise à jour continue des plans d'urgence et de sinistre, en fonction des leçons tirées des exercices, simulations et révisions régulières, a été un des points forts relevés lors des rencontres avec les représentants d'Agrément Canada. Cette démarche d'amélioration continue garantit non seulement la pertinence et l'efficacité des réponses d'urgence, mais aussi une résilience accrue face aux aléas futurs.

L'ensemble de ces éléments démontre l'excellence du CIUSSS-EMTL dans la gestion des situations d'urgence, avec une prise en charge rapide, adaptée et proactive, en lien direct avec les standards d'Agrément Canada.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Santé publique

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CIUSSS-EMTL bénéficie de l'expertise de professionnels hautement qualifiés et engagés dans le domaine de la santé publique. Ces experts démontrent une solide maîtrise des enjeux de santé populationnelle grâce à une formation continue rigoureuse et une approche proactive dans l'identification et la gestion des priorités en santé publique.

Les professionnels du CIUSSS excellent dans les différents axes d'intervention de la santé publique au Québec, qui guident l'ensemble des actions visant à améliorer la santé et le bien-être de la population.

Afin de renforcer davantage l'impact de leurs interventions, certaines pistes d'amélioration peuvent être envisagées.

Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Les équipes de santé publique du CIUSSS utilisent des outils et des bases de données pour surveiller en continu l'état de santé de la population. Leur expertise dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données épidémiologiques permet de détecter rapidement des tendances et des problématiques émergentes.

Pistes d'amélioration :

- Renforcer les collaborations intersectorielles, en particulier avec les chercheurs universitaires et les partenaires communautaires, pour enrichir les analyses de données avec des perspectives sociologiques et environnementales.
- Augmenter la fréquence de publication de rapports de santé publique, localement, afin de favoriser une transparence accrue et une meilleure communication avec la population.

Promotion de la santé et prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes

Les professionnels du CIUSSS démontrent une maîtrise dans l'élaboration et l'implantation de programmes de promotion de la santé. Grâce à une approche intersectorielle et à des partenariats solides, ils répondent aux besoins des populations vulnérables tout en favorisant des changements durables dans les comportements de santé.

Pistes d'amélioration :

- Accroître le développement des stratégies plus ciblées pour mieux atteindre les groupes marginalisés ou difficiles à rejoindre, comme les populations itinérantes ou les communautés immigrantes récentes.
- Utiliser les plateformes numériques et les réseaux sociaux de manière plus systématique pour maximiser l'impact des messages de promotion de la santé, surtout auprès des jeunes générations.
- Renforcer la capacité des intervenants à mesurer l'impact à long terme des programmes de prévention grâce à des indicateurs de performance précis.

Protection de la santé

Les interventions de protection de la santé au CIUSSS sont menées par des professionnels expérimentés, capables de gérer des situations d'urgence et de prévenir des risques pour la population. Leur capacité à collaborer avec des partenaires locaux et régionaux, ainsi qu'à suivre les meilleures pratiques, assure une protection continue de la population contre diverses menaces sanitaires.

Pistes d'amélioration :

- Développer des protocoles de protection encore plus rapides et adaptables pour mieux répondre aux menaces nouvelles, comme les pandémies ou les catastrophes naturelles liées aux changements climatiques.
- Renforcer les exercices de simulation de crise, en impliquant davantage les acteurs communautaires pour une approche plus globale et inclusive de la gestion des risques.
- Favoriser l'utilisation d'outils numériques pour améliorer la rapidité des réponses aux éclosions et mieux coordonner les interventions avec les autres régions sanitaires.

Organisation de services préventifs

Le CIUSSS-EMTL s'illustre également par la qualité de ses services préventifs, offerts dans une variété de milieux, allant des écoles aux entreprises, en passant par les centres de soins. Les professionnels de la santé publique maîtrisent la planification, la coordination et l'évaluation de programmes de dépistage, de vaccination et d'éducation à la santé.

Pistes d'amélioration :

Mettre en place des partenariats plus solides avec le secteur privé et les organisations communautaires pour déployer des campagnes de prévention plus étendues.

- Augmenter l'accessibilité des services préventifs dans les milieux marginalisés ou auprès des groupes qui ont des difficultés à se rendre aux centres de santé.
- Accroître les efforts pour utiliser la télésanté et les consultations à distance afin de rendre les services préventifs plus accessibles et inclusifs, tout en réduisant les obstacles géographiques et financiers.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La télésanté au CIUSSS-ETML a débuté en 2019. Elle respecte les alignements de la province, en collaborant de façon étroite avec les partenaires régionaux et provinciaux.

Une approche intégrée est en place où la notion d'éthique prend tout son sens : consentement initial et continu, droits et responsabilités des usagers et des partenaires.

La présence du patient partenaire au Comité de pilotage et à toutes les étapes assure une perspective des usagers depuis le début de sa création et ce, jusqu'à maintenant.

La télésanté a connu une croissance sans précédent durant les premières années (175 projets). L'équipe ajuste leurs offres de services avec la nouvelle nomenclature, les besoins de la population, la pertinence, etc. Actuellement, un total de 72 projets est en fonction et 3 projets en développement.

L'équipe de télésanté est fière de ce qu'ils ont pu accomplir afin de s'aligner avec les partenaires régionaux et provinciaux, tout en complétant leur mandat. Qui plus est, l'innovation fait partie de leurs projets pour ne nommer que le projet GAREDO et la téléconsultation en soins de plaies complexes.

Il est certes qu'il demeure des défis tout comme n'importe quel projet dont les besoins technologiques sont immenses : assurer la sécurité informationnelle (cybersécurité), pérenniser les technologies en place et à venir, assurer de garder le financement pour les besoins technologique et humain.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 90,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CIUSSS-EMTL a effectué la mise à jour de son programme en PCI en début d'année ainsi que de plusieurs outils d'aide à la décision au cours de cette même année. À la suite de la pandémie, un rehaussement significatif des ressources associées à la prévention et au contrôle des infections a été octroyé et nous sommes en mesure d'en apprécier les bénéfices. L'organisme peut compter sur la présence d'un tandem coordonnateur médical à titre d'officier PCI et une coordonnatrice clinico-administrative en PCI afin d'assurer la gouvernance de la structure. De plus, trois chefs de service PCI sont assignés à des clientèles spécifiques et sont soutenus par une conseillère cadre en PCI. Au niveau des opérations, on compte 53 employés à temps complet dédiés aux activités PCI.

La structure PCI se décline en divers comités où l'ensemble des directions cliniques et de soutien ainsi que des partenaires représentent l'ensemble des missions de l'organisme. Il faut souligner la qualité de l'ensemble de la documentation en PCI. Les outils d'aide à la décision présentent un visuel clair, concis et facilement compréhensible. Un coup de cœur pour les fiches PCI-SST qui intègrent l'ensemble des préoccupations qu'un employé et son gestionnaire peuvent exprimer lors de la survenue d'une situation à risque ou confirmée.

La culture de la mesure est bien en place et le volume d'audits est considérable, près de 185 000 audits réalisés. Les résultats sont diffusés auprès de l'ensemble de l'organisme et même auprès de la communauté par le biais du site internet du CIUSSS-EMTL. La POR portant sur l'évaluation périodique de la conformité à l'hygiène des mains est en voie d'être conforme avec le déploiement à venir des audits à la Maison de naissance Anne Courtemanche.

En CHSLD, l'équipe a développé une grille d'évaluation des risques PCI. Cette évaluation permet d'adapter les mesures PCI à appliquer dans un milieu de vie en fonction des risques que présentent les résidents. Ceci démontre que malgré la rigueur dans l'application des mesures, l'équipe fait preuve de jugement et d'une réflexion éthique.

Bien que l'organisation consulte régulièrement ses usagers, leur niveau de maturité par rapport au partenariat de soins, leur permettrait d'oser aller plus loin afin de véritablement intégrer les usagers et leurs proches dans la planification, l'élaboration et le suivi de l'impact du programme PCI et des plans d'améliorations. Dans une perspective d'amélioration et d'utilisation efficiente de ses ressources, l'organisme est encouragé à poursuivre ses démarches en lien avec l'acquisition ou le développement d'un outil robuste de gestion des données.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.11	L'équipe de prévention et de contrôle des infections et la Direction de santé publique collaborent étroitement et communiquent en temps opportun toute information pertinente ayant des impacts sur l'une ou l'autre de leurs offres de services.	Priorité normale
8.2.8	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle approprié selon le résultat de l'évaluation du risque.	Priorité élevée
8.2.22	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.	POR
	<p>8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); • mesurer l'utilisation d'un produit; • inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; • évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). <p>8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.</p> <p>8.2.30.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.</p>	
8.2.31	Les gestionnaires de l'établissement assurent la classification des zones de l'environnement physique en fonction du risque d'infection afin de définir le nettoyage et la désinfection requis (type et fréquence).	Priorité élevée

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 85,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 14,3 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CIUSSS-EMTL peut compter sur la présence de ressources dynamiques et possédant une solide expertise en matière de retraitement des dispositifs médicaux. La structure de l'unité de RDM est sous la responsabilité d'une coordonnatrice clinico-administrative, d'une chef de service et des chefs d'équipes dans chacun des sites. La structure est soutenue par une conseillère et prochainement s'ajoutera un technicien en prévention, tous dédiés à l'unité de RDM. L'équipe évalue et améliore de façon continue la qualité des services. Les systèmes de traçabilité dont le Ancitrak qui permet de suivre, gérer et sécuriser l'utilisation des dispositifs médicaux sont exceptionnels. Les unités centrales de retraitement des dispositifs médicaux présentent un très haut taux de conformité à l'ensemble des critères. L'organisme a investi dans le rehaussement de la qualité des services en lien avec le retraitement. Le réaménagement de l'unité de retraitement des dispositifs endoscopiques de l'HMR est à la fine pointe de la technologie.

L'ensemble des unités de retraitement des dispositifs médicaux sont des lieux propres et très bien aménagés contraintes architecturales surtout à l'HSCO où un projet de construction du bloc opératoire et de l'unité de RDM est en cours. Le respect de la politique de tenue vestimentaire est observé et les accès aux secteurs sont contrôlés. Face à la pénurie de main-d'œuvre, l'équipe a fait preuve de proactivité en développant son propre programme de formation pour les préposés en retraitement des dispositifs médicaux. De plus, sa contribution à l'accueil des stagiaires du programme du collège Saint Laurent a contribué à maintenir les effectifs requis. L'émergence de l'utilisation des dispositifs endoscopiques flexibles dans les secteurs cliniques satellites présente de nombreux défis dans le respect des politiques, des procédures opérationnelles normalisées et des directives des fabricants. L'organisme est encouragé à être proactif dans la recherche de solutions en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipements et appareils de retraitement sont installés, utilisés et entretenus selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.6	Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.10	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.3.12	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée
9.3.22	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	Priorité normale
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 96,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,6 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Comme coordonnateur-visiteur de la Gestion du circuit du médicament, j'ai fait des visites aux emplacements suivants dont HMR, IUSMM, CHSLD Jean-Hubert-Biermans, HSCO et CHSLD Dante. D'autres collègues visiteurs se sont occupés des autres emplacements.

Nous tenons, malgré les contraintes, à remercier toutes les personnes que nous avons pu rencontrer et avec qui nous avons eu des discussions enrichissantes. Un merci spécial au personnel qui a pris du temps de leur travail pour contribuer à ces visites.

Trois pharmacies principales du CIUSSS-ETML desservent les médicaments pour la majorité des emplacements. Nous avons pu apprécier une collaboration et une ouverture de l'équipe des gestionnaires de pharmacie. Les équipes interdisciplinaires collaborent bien ensemble. Deux usagers partenaires viennent de se joindre au Comité de gestion du circuit du médicament.

Les services pharmaceutiques et les soins pharmaceutiques sont assez bien organisés, malgré une certaine pénurie des assistants-techniques et des pharmaciens.

La documentation des politiques, procédures et autres documents requis est assez complète. Nous vous encourageons à finaliser ce qui reste et à maintenir cette cadence.

Nous rappelons que 4 pratiques organisationnelles requises (PORs) font partie de la Gestion du Circuit du médicament : gérance des antimicrobiens, gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé, limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée ainsi que la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés. Celles-ci sont conformes aux attentes.

Un même système informatique est utilisé dans toutes les pharmacies. Par contre, il reste quelques harmonisations à faire, par exemple au niveau de l'approvisionnement et de la gestion des inventaires des médicaments.

Nous avons également noté des variations de fonctionnement dans les pharmacies visitées : classification des médicaments, services des médicaments (plus spécifiquement dans les CHSLD), délégation aux assistants-techniques, etc. L'organisme est invité à effectuer une analyse comparative, interne et même externe, afin de puiser de meilleures connaissances et mettre en pratique les meilleurs coups.

Il n'y a actuellement pas de système de rédaction électronique des ordonnances (prescripteur électronique et feuille d'administration des médicaments électronique). Plusieurs incidents (lenteur et panne) du système informatique ont été soulevés lors des discussions. Nous vous recommandons d'escalader cet enjeu, si ce n'est pas déjà fait.

Les autres défis constituent, entre autres, l'harmonisation des outils pour perfuser des médicaments et de les rendre plus sécuritaires (pompes et pousse-seringues intelligents avec une bibliothèque et des limites). Il est évident que le manque de réseau sans fil (WIFI) n'a pas dû aider.

Les deux autres éléments qui nécessitent une poursuite des efforts sont la gestion des médicaments en réserve sur les unités de soins (particulièrement ceux au frigo) et le bilan comparatif des médicaments.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.10	Le comité interdisciplinaire assure une vérification régulière de la pratique normalisée de gestion des alertes par le système informatique de la pharmacie.	Priorité normale
10.3.14	Le comité interdisciplinaire établit des limites de doses contournables et incontournables pour tous les médicaments administrés par perfusion.	Priorité élevée
10.4.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'entreposage des médicaments au commun aux aires de soins.	Priorité normale
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée
10.9.12	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques ont à leur disposition une trousse en cas de déversements de produits dangereux. Cette trousse se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques sont distribués et administrés.	Priorité élevée