



Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément

---

## Rapport d'agrément

---

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

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 13 au 18 mars 2016

Date de production du rapport : 24 août 2016



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT  
CANADA**

Better Quality. Better Health.  
Meilleure qualité. Meilleure santé.



**CONSEIL QUÉBÉCOIS  
D'AGRÉMENT**

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS  
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ  
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-de-l'Île de Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'accrément conjoint d'Accrément Canada et du Conseil québécois d'accrément, une visite a eu lieu en mars 2016. Ce rapport 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'accrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'accrément.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément uniquement à l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

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

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

## Un mot d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continue de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et 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 conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale



Paul St-Onge  
Président

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>17</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>19</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Gouvernance	20
Processus prioritaire : Planification et conception des services	22
Processus prioritaire : Gestion des ressources	23
Processus prioritaire : Capital humain	24
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	25
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	26
Processus prioritaire : Communication	27
Processus prioritaire : Environnement physique	29
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	30
Processus prioritaire : Cheminement des clients	31
Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux	32
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	35
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	36
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	36
Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	39
Ensemble de normes : Les services de soins primaires - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	48
Ensemble de normes : Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service	51
Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service	56

Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service	60
Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service	64
Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service	67
Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service	71
Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service	74
Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service	78
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	81
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	87
Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service	93
<b>Annexe A - Processus prioritaires</b>	<b>99</b>

## Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CIUSSS et CISSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences du programme d'agrément en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Étant donné l'accent que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-de-l'Île de Montréal (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport 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.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter votre organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

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

**Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-de-l'Île de Montréal conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce jusqu'à ce que la prochaine décision relative au type d'agrément soit prise en 2018.**

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 13 au 18 mars 2016**

- **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. 1200 Papineau
2. Centre d'hébergement Champlain
3. Centre d'hébergement de Saint-Henri
4. Centre d'hébergement Des Seigneurs
5. Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or
6. Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun
7. Centre d'hébergement Émilie-Gamelin
8. Centre d'hébergement Louis-Riel
9. Centre d'hébergement Paul Émile-Léger
10. Centre d'hébergement Réal-Morel
11. Centre d'hébergement Yvon-Brunet
12. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-de-l'Île de Montréal
13. Clinique de médecine familiale Notre-Dame
14. CLSC de Saint-Henri
15. CLSC de Verdun
16. CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul
17. CLSC des Faubourgs, Visitation
18. CLSC du Plateau-Mont-Royal
19. CLSC Saint-Louis-du-Parc, 55 Mont-Royal, bureau 500
20. Hôpital chinois de Montréal
21. Hôpital de Verdun
22. Pavillon Alfred-DesRochers
23. Pavillon Côte-des-Neiges

- **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. Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Les services de soins primaires - Normes sur l'excellence des services
7. Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
8. Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Normes sur l'excellence des services
9. Services d'urgence - Normes sur l'excellence des services
10. Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
11. Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
12. Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
13. Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
14. Services périopératoires et les interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
15. Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
16. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
17. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
18. Soins et services à domicile - 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.)	44	8	0	52
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	95	4	0	99
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	589	64	16	669
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	122	9	4	135
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	374	31	6	411
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	84	1	3	88
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	951	118	26	1095
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	52	4	2	58
<b>Total</b>	<b>2311</b>	<b>239</b>	<b>57</b>	<b>2607</b>

## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	47 (97,9%)	1 (2,1%)	2	33 (100,0%)	0 (0,0%)	3	80 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Leadership	47 (100,0%)	0 (0,0%)	2	94 (97,9%)	2 (2,1%)	0	141 (98,6%)	2 (1,4%)	2
Prévention et contrôle des infections	39 (97,5%)	1 (2,5%)	1	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	1
Gestion des médicaments	69 (93,2%)	5 (6,8%)	4	53 (84,1%)	10 (15,9%)	1	122 (89,1%)	15 (10,9%)	5
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	24 (63,2%)	14 (36,8%)	0	28 (60,9%)	18 (39,1%)	2	52 (61,9%)	32 (38,1%)	2
Les services de soins primaires	54 (93,1%)	4 (6,9%)	0	81 (92,0%)	7 (8,0%)	3	135 (92,5%)	11 (7,5%)	3
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	49 (94,2%)	3 (5,8%)	1	62 (98,4%)	1 (1,6%)	0	111 (96,5%)	4 (3,5%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	51 (77,3%)	15 (22,7%)	0	75 (82,4%)	16 (17,6%)	1	126 (80,3%)	31 (19,7%)	1
Services d'urgence	67 (94,4%)	4 (5,6%)	0	98 (91,6%)	9 (8,4%)	0	165 (92,7%)	13 (7,3%)	0
Services d'imagerie diagnostique	61 (91,0%)	6 (9,0%)	0	62 (89,9%)	7 (10,1%)	0	123 (90,4%)	13 (9,6%)	0
Services de laboratoires biomédicaux	68 (97,1%)	2 (2,9%)	1	98 (93,3%)	7 (6,7%)	0	166 (94,9%)	9 (5,1%)	1
Services de médecine	39 (86,7%)	6 (13,3%)	0	72 (93,5%)	5 (6,5%)	0	111 (91,0%)	11 (9,0%)	0
Services de soins intensifs	45 (91,8%)	4 (8,2%)	1	109 (96,5%)	4 (3,5%)	2	154 (95,1%)	8 (4,9%)	3
Services périopératoires et les interventions invasives	112 (97,4%)	3 (2,6%)	0	104 (95,4%)	5 (4,6%)	0	216 (96,4%)	8 (3,6%)	0
Services transfusionnels	64 (86,5%)	10 (13,5%)	21	55 (82,1%)	12 (17,9%)	9	119 (84,4%)	22 (15,6%)	30
Soins ambulatoires	41 (89,1%)	5 (10,9%)	0	68 (89,5%)	8 (10,5%)	2	109 (89,3%)	13 (10,7%)	2
Soins de longue durée	47 (87,0%)	7 (13,0%)	0	96 (97,0%)	3 (3,0%)	0	143 (93,5%)	10 (6,5%)	0
Soins et services à domicile	38 (77,6%)	11 (22,4%)	0	68 (90,7%)	7 (9,3%)	1	106 (85,5%)	18 (14,5%)	1
<b>Total</b>	<b>962 (90,5%)</b>	<b>101 (9,5%)</b>	<b>33</b>	<b>1287 (91,4%)</b>	<b>121 (8,6%)</b>	<b>24</b>	<b>2249 (91,0%)</b>	<b>222 (9,0%)</b>	<b>57</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgateion des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Non Conforme	6 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Identification des usagers (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'urgence)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Services de laboratoires biomédicaux)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	2 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	0 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
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Cheminement des usagers (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
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 usagers : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Vaccin antipneumococcique (Soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des chutes (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Services d'urgence)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prévention du suicide (Services d'urgence)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins de la peau et des plaies (Soins et services à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1

## 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.**

La création au 1er avril 2015, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, fait suite à l'adoption de la loi modifiant l'organisation de soins de santé et des services sociaux pour l'ensemble de la province de Québec. En plus de son mandat territorial, l'établissement s'est vu confier certains mandats régionaux antérieurement sous la gouverne de l'instance régionale (Agence de santé et de services sociaux de Montréal).

La présidente-directrice générale (PDG) nommée par le Ministre a, jusqu'à la nomination des administrateurs, assumé les responsabilités relevant de la gouvernance parallèlement avec ses responsabilités de gestion de l'établissement nouvellement créé.

La structure de gestion a été rapidement établie et la nouvelle équipe de direction s'est jointe progressivement à la PDG. Un projet d'établissement a été défini avec une organisation attrayante et innovatrice au regard de la qualité et de la sécurité des soins et des services, et ce, par une gestion dynamique et participative.

Les valeurs organisationnelles qui animent la gestion et les actions ont été adoptées à la suite d'échanges et de discussions avec les membres de l'équipe de direction et les professionnels de l'organisation.

Rapidement, un portrait de la population à desservir a été dressé au regard des besoins identifiés et de concert avec les services offerts par les professionnels des différents partenaires et constituantes du réseau de la santé, de l'éducation et du monde municipal. Les administrateurs et les dirigeants sont bien informés du profil de la clientèle à desservir.

La première séance du conseil d'administration a été tenue le 11 novembre 2015 en présence d'administrateurs chevronnés, entièrement dédiés à assurer une saine pratique de gouvernance. Depuis, les rencontres ont eu lieu sur une base régulière et les différents comités du conseil ont été mis en place. Un tableau de bord de gestion est en développement afin de bien informer les administrateurs en regard de l'évolution du plan stratégique et du plan opérationnel qui en découle.

On note un fort engagement des gestionnaires dans la mise en place de soins et services de grande qualité. Dans chaque direction, on a pu identifier de belles réalisations axées sur la mission de l'établissement, le tout dans le respect des valeurs organisationnelles.

Les ressources humaines au nombre de plus de 15 000 individus, incluant l'équipe médicale, œuvrent au sein de l'organisation dans une offre de services centrée sur la clientèle desservie. La préoccupation première du personnel est la mise en place d'une organisation de service basée sur des données probantes et les meilleures pratiques. Une équipe de professionnels engagés et fiers d'offrir un service personnalisé aux

différentes clientèles de l'établissement. Des actions concrètes ont cours afin d'assurer une pratique sécuritaire répondant aux normes reconnues nationalement.

S'ajoute à eux une équipe d'environ 3000 bénévoles dévoués et impliqués dans la réponse aux besoins de la clientèle.

Les liens créés avec les maisons d'enseignement inhérents aux différentes missions universitaires contribuent à la mise en place d'une organisation de services adaptés aux meilleures pratiques.

L'approche favorisant la participation de l'utilisateur dans une vision de client partenaire pour la mise en œuvre des soins et des services est connue et manifeste lors des projets LEAN et certains projets-qualité.

En cette période de grand changement, l'organisme fait face à un défi de taille au regard de la diffusion de l'information au sein des différentes équipes de travail. Une attention particulière devra être apportée à l'interne afin de bien faire connaître les grands enjeux et le bien-fondé des changements organisationnels qui sont en route, et ce, à tous les niveaux de l'organisation.

En matière de gestion des risques, l'organisme est très rigoureux dans ses analyses rétrospectives et les correctifs à mettre en place. Une analyse prospective a été effectuée dans la dernière année.

Différents liens ont été établis, et ce, tant auprès de partenaires du réseau de la santé que de la communauté. Ce partenariat permet d'assurer un support à l'utilisateur et à ses proches, dans le suivi et l'accompagnement que requiert son état de santé. Précisons que des partenariats sont également établis avec les milieux de l'éducation et municipaux.

Les différentes clientèles rencontrées se disent très satisfaites des soins et services reçus. Le comité des usagers du CIUSSS est à déterminer ses modalités de fonctionnement. Ses membres au nombre de 23 se sont dits inquiets au regard de leur représentation au sein du conseil d'administration. À noter cependant que tous les membres du comité des usagers reconnaissent être bien soutenus par la direction.

En terminant, le CIUSSS est en bonne voie de réalisation de ses projets et de l'harmonisation de ses pratiques. L'organisme est félicité pour son engagement envers sa clientèle dans la trajectoire des services donnés ainsi que pour son engagement envers les employés des différents secteurs.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins et services à domicile 9.10</li> </ul>
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de laboratoires biomédicaux 19.2</li> </ul>
<p><b>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées</b> L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 14.6</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services d'urgence 10.5</li> <li>· Services périopératoires et les interventions invasives 11.6</li> <li>· Services périopératoires et les interventions invasives 11.7</li> <li>· Soins de longue durée 8.5</li> <li>· Soins et services à domicile 8.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Sécurité liée aux pompes à perfusion</b>            Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 3.8</li> </ul>
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b>            L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<p><b>Médicaments de niveau d'alerte élevé</b>            L'organisme met en oeuvre une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.5</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention des chutes</b>            Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 11.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.6</li> <li>· Soins de longue durée 8.6</li> <li>· Services de soins intensifs 8.7</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b>            Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 8.7</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b>            Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 8.8</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
<p>13.8 Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement au moyen de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.</p> <p>13.8.1 Le conseil d'administration assure la surveillance de son fonctionnement en utilisant l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance au moins une fois au cours du cycle d'agrément.</p> <p>13.8.2 Le conseil d'administration a pris des mesures selon ses derniers résultats découlant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.</p>	!

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

Au cours des premiers mois de sa création, la gouvernance de l'organisation a été assurée par la Présidente-directrice-générale. Les membres du conseil d'administration sont entrés en fonction au début du mois de novembre 2015 à la suite d'une formation visant à faire connaître les rôles et responsabilités attendus d'un administrateur.

Rapidement, les membres se sont appropriés leurs nouvelles responsabilités et ont mis en place les différents comités du conseil tout en se questionnant sur les meilleures façons de faire. Les membres profitent de chaque rencontre pour évaluer leur fonctionnement et apportent les correctifs jugés nécessaires au développement d'un fonctionnement optimal.

Nous avons rencontré des administrateurs dynamiques et engagés à mettre en place une organisation de services respectant les orientations du plan stratégique et opérationnel ainsi que les grands enjeux organisationnels.

Les administrateurs disent recevoir dans les délais requis toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée. Ces informations sont accessibles en format numérique, réduisant ainsi l'utilisation papier des documents à consulter. Afin d'assurer le respect de sa mission, de répondre aux attentes signifiées au plan stratégique ministériel et d'atteindre des objectifs tactiques, un tableau de bord de suivi de gestion du conseil d'administration est en élaboration. Il est actuellement utilisé par l'équipe de direction. Il sera déposé pour la première fois au conseil d'administration du mois avril 2016.

L'amélioration de la qualité, la gestion des risques et la sécurité dans l'offre de soins et de services offerts sont une préoccupation constante dans la prise de décision des administrateurs.

## 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)

Avant même l'adoption du plan stratégique ministériel, la direction du CIUSSS a procédé à l'adoption de sa vision et des valeurs organisationnelles qu'elle voulait promouvoir au sein de l'organisation. La vision a été définie en voulant devenir une entreprise attrayante, innovatrice et reconnue pour la qualité et la sécurité des soins. Le tout dans un esprit de collaboration visant l'efficacité, l'efficience et la pertinence des soins et des services. Sa volonté d'être reconnu « Entreprise en santé » fait foi de son engagement à maintenir une gestion dynamique, participative et empreinte d'humanisme.

Afin de répondre à la mission de l'établissement, un portrait de la population a été rapidement effectué afin de planifier les soins et les services dans le respect des différentes clientèles. Ce portrait a également permis d'identifier ses partenaires du réseau de la santé de même que de l'éducation et du monde municipal.

Lors de sa création, le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, s'est vu confier au-delà de sa mission territoriale, des missions à caractère régional. C'est dans ce contexte, il se doit donc de prendre en compte le portrait régional de la population à desservir, et ce en collaboration avec ses partenaires du réseau. Le tout étant en phase d'implantation progressive avec un échéancier bien défini.

Afin d'assurer le respect de sa mission et de répondre aux attentes du plan stratégique ministériel, l'organisation s'est pourvue d'un tableau de bord de suivi de gestion. Le tableau de bord est actuellement utilisé par l'équipe de direction, il sera déposé pour la première fois au prochain conseil d'administration prévu en avril 2016. Le plan d'organisation a été adopté lors du dernier conseil d'administration.

Le plan opérationnel, les programmes et les services sont en voie de réalisation, l'année 2015 ayant servi d'année de transition, l'année 2016 sera une année de transformation et de consolidation.

## 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)

Au cours des derniers mois, la direction des ressources financières a, tout en assurant la gestion quotidienne des ressources allouées, planifié son nouveau mode de fonctionnement dans une approche/programme d'activités de soins et services.

L'ensemble des postes d'activités a été regroupé par programme/service tout en conservant pour l'année 2015-2016 une gestion financière historique des différentes composantes du nouveau CIUSSS. Afin d'assurer un transfert harmonieux dans les modalités d'écriture « comptable », la direction est à mettre en place une équipe dédiée à l'accompagnement des gestionnaires dans ce nouveau mode de budgétisation. Une équipe de pilotage formée à gérer le changement dans un regard d'efficacité et d'efficience. C'est dans cette vision que le processus de planification budgétaire 2016-2017 est en cours de rédaction pour mars 2016.

Lors de sa création au 1er avril 2015, l'organisme s'est vu transférer l'ensemble des projets d'immobilisation et de maintien des actifs des différentes constituantes. À l'analyse de la situation, l'organisme a rapidement constaté l'urgence de revoir l'ensemble des projets autorisés. Cette analyse a permis de revoir l'ordonnancement des travaux déjà planifiés. Le suivi de la nouvelle planification est effectué par un bureau de projet, dont le mandat est d'assurer une saine gestion des travaux priorisés.

Beaucoup de travail reste à faire, et ce tant du côté de la gestion des ressources financières que du côté de la gestion des immobilisations, toutefois les professionnels rencontrés connaissent les défis auxquels ils auront à faire face. Ces derniers demeurent proactifs et ouverts aux nouvelles méthodes de travail et voient dans ce nouveau défi des opportunités de dépassement.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

La gestion des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques est regroupée sous une même direction. La direction joue un rôle-conseil stratégique au sein de l'organisation. En plus d'assurer l'ensemble des activités historiquement dévolues à une direction de ressources humaines, la nouvelle direction assume les rôles stratégiques de la gestion de l'ensemble des communications internes et externes. Elle a également la responsabilité de coordonner et d'encadrer les activités à caractères juridiques pour l'ensemble de l'organisation.

Les rôles, les responsabilités et les liens hiérarchiques sont clairement définis. Le personnel de la direction est en mode appropriation du nouveau rôle qui leur est assigné, dans une approche respectueuse et collaborative d'efficacité et d'efficience.

Un processus transitoire de recrutement est en vigueur au sein de l'organisation. Ce processus prend en compte les ententes signées par quarante et une (41) accréditations syndicales du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Tous les employés ont un dossier personnel. Les informations qui y sont colligées ne sont pas uniformisées. Le type de classement doit être harmonisé. L'organisme est invité à établir les modalités de classement des informations contenues au dossier de l'employé. Du moins, pour tous les nouveaux employés du CIUSSS.

Un nouveau formulaire d'appréciation à la contribution a été adopté. Le processus est utilisé à géométrie variable. Cependant, une directive claire a été établie afin d'uniformiser l'ensemble de la procédure.

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

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Au moment de la création du CIUSSS, on retrouvait dans l'ensemble des établissements regroupés des plans d'amélioration continue de la qualité et de sécurité. Au cours de la dernière année, dans l'attente de l'adoption d'un plan intégré de la qualité et d'un plan intégré de sécurité, les différents plans sont demeurés.

Au plan d'organisation se trouve une direction « Qualité, évaluation, performance et éthique » (DQEPE), qui au cours des derniers mois a travaillé à la mise en place de sa nouvelle structure. C'est dans une vision organisationnelle d'optimisation de la qualité, de la sécurité et de la performance que cette dernière est à se définir. L'exercice s'effectue dans une approche collaborative, en s'interrogeant au passage sur les façons de faire dans un regard respectueux de pertinence, d'efficience et d'efficacité.

Les membres de l'équipe DQEPE ont su s'entourer de professionnels/partenaires afin de bien cibler les besoins des différentes clientèles à desservir.

Dans la majorité de projet de réorganisation ou d'amélioration qualité, qui a cours, un représentant des usagers est invité à se joindre à l'équipe de travail. Le point de vue de l'utilisateur est pris en compte par les différents projets, mais également par différents sondages de satisfaction.

La gestion des risques, la déclaration, l'analyse des événements indésirables et le processus de divulgation sont bien définis. Lorsque requis, des changements sont apportés à la lumière des résultats obtenus.

## 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)

Depuis la création du CIUSSS, beaucoup d'activités visant l'harmonisation de la prise de décisions éthiques ont eu cours au sein de l'organisme. Un recensement des activités éthiques a été effectué. Un groupe de discussion a été tenu avec les acteurs clés en matière éthique afin de définir les meilleures pratiques de faire au sein du nouvel établissement.

C'est dans ce contexte qu'une proposition d'une structure en éthique clinique a été élaborée. L'état de situation et la proposition de réorganisation ont été présentés au conseil d'administration du 9 mars dernier. Un plan d'action 2016-2017 accompagne cette proposition.

Les différents comités d'éthique à la recherche ont fait l'objet du même processus d'analyse. Une nouvelle structure de comités a été adoptée lors du dernier conseil d'administration. L'actualisation des nouvelles façons de faire sera effectuée au cours des prochains mois.

Au cours des derniers mois, à géométrie variable, des activités de formation et de sensibilisation ont été offertes dans certaines composantes de l'organisation. Il est à noter cependant que, peu importe, la mission des différentes composantes, les dilemmes éthiques sont accueillis et traités rapidement.

Une activité de formation visant à développer l'expertise en soutien de proximité à la réflexion éthique dans le cadre de la pratique clinique a été offerte afin d'outiller un petit groupe d'agents multiplicateurs au sein de l'organisme.

Afin d'assurer la diffusion des nouvelles façons de faire et susciter la réflexion éthique, l'organisme est invité à poursuivre ces activités de formation et de sensibilisation afin d'augmenter la représentativité du personnel rejoint. Les membres du comité « transitoire » d'éthique sont très sensibilisés à l'importance de former le personnel à reconnaître les dilemmes éthiques vécus dans l'organisation.

## 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)

L'équipe est déjà en action pour déployer les stratégies de communication axées sur les besoins de la population plutôt que sur du contenu « corporatif » à valeur moindre pour les usagers. En deuxième lieu, l'équipe vise à répondre aux besoins des employés, médecins, gestionnaires et à l'ensemble de la communauté interne. Un nouveau site Web viendra remplacer les sites existants dont les fermetures sont programmées pour un futur rapproché. Le site fournira surtout de l'information pour guider les usagers dans l'offre de services et indiquer où ces services se retrouvent dans les nombreuses installations. Un site Intranet fournit les informations et les outils pour les médecins et l'ensemble du personnel. Au fur et à mesure que les documents seront harmonisés, cette plateforme deviendra incontournable.

Le virage Web est, selon eux, aussi incontournable. Les médiums électroniques et les médias sociaux semblent déjà porter des fruits pour accompagner les usagers, les partenaires et la communauté interne du CIUSSS dans la transition.

L'analyse des besoins a donné des fruits à nombreuses autres initiatives dont un sondage Web auprès des employés sur le contenu du journal interne, un plan de visibilité de la PDG auprès de la communauté, le soutien en communications auprès du département de médecine générale, etc.

La communication de proximité demeure à être développée pour donner aux différentes installations un sens d'appartenance au CIUSSS et aux équipes locales.

Plusieurs dossiers régionaux font maintenant partie de l'offre de services des communications ce qui a permis au CIUSSS de récupérer certaines expertises qu'il n'aurait pas obtenues autrement.

L'accès à l'information administrative est intégré aux communications et sert de porte d'entrée pour aussi mieux comprendre les besoins d'information de la population.

Le CIUSSS est responsable à la fois de l'offre de services en technologies de l'information pour ses propres besoins et du mandat régional autrefois confié au techno centre régional. Le plus grand défi de l'équipe est de composer avec les moratoires en place au MSSS en matière de développement des technologies de l'information. Les technologies étant au cœur des besoins de tous les services, le moratoire devient très contraignant sur le plan du développement et de l'intégration des systèmes et des données.

Les orientations ministérielles en matière de technologies de l'information viennent aussi limiter la capacité de l'organisation à se développer avec les outils en place.

L'équipe détient un bon portrait de l'ensemble de l'organisation et possède une vision très claire de ce qui doit être fait. Le fait d'avoir intégré toutes les missions est aussi venu bonifier la compréhension de l'équipe des besoins et des défis de l'ensemble de l'organisation.

L'équipe a rapidement investi ses énergies dans la facilitation de la gestion des systèmes et des données, et ce, à l'intérieur des balises et des possibilités qui leur sont offertes.

La sécurité des actifs informationnels est dévolue à une autre direction pour accroître l'indépendance des personnes responsables.

L'organisation peut compter sur une équipe dynamique qui maîtrise les enjeux liés à la gestion de l'information, surtout dans le contexte actuel. La culture de la mesure et l'utilisation adéquate des données sont les objectifs qui les guident. Un plan d'action axé sur ces éléments est en développement, mais plusieurs moyens sont déjà en déploiement. Les cliniciens sont étroitement associés aux travaux, ce qui permet une meilleure appropriation des enjeux et des solutions proposées.

L'équipe est soucieuse de faciliter l'accès à l'information clinique pour les usagers ; un projet de centralisation des demandes est en cours. Elle est aussi soucieuse d'assurer la confidentialité et de promouvoir le consentement. Des programmes de formation et de sensibilisation sont en place, bien qu'on souhaite en faire davantage. Un nouveau calendrier de conservation est en préparation ce qui lui permettra de poursuivre la gestion des documents conformément aux réglementations en vigueur.

Finalement, l'intégration de l'Hôpital Notre-Dame et le moratoire sur le dossier clinique informatisé demeurent les enjeux principaux pour l'équipe.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.11 Des projets servent à réduire au minimum l'incidence des activités de l'organisme sur l'environnement.	

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

L'équipe détient un inventaire important d'information sur les installations et maîtrise les programmes d'entretien préventif requis selon les bonnes pratiques. Le cycle de gestion des composantes de l'installation est bien en place et suivi rigoureusement par l'équipe interne ou par des firmes externes. Un exercice est en cours pour approfondir la connaissance des espaces de l'ensemble des installations et leur potentiel d'utilisation. Un plan directeur immobilier est prévu pour permettre à l'équipe d'obtenir une vision claire des besoins de l'organisation et proposer des solutions en matière d'occupation et d'utilisation d'espace. Elle est d'avis qu'il faut continuer à s'organiser pour bien livrer cet important exercice stratégique.

L'équipe a employé des techniques LEAN pour développer les plus récents projets et consulte le service de prévention des infections. Les politiques appropriées sont aussi en place.

Au Centre Hospitalier de Verdun, les espaces rénovés sont bien planifiés, propres, vastes et libres d'encombrement. Par contre, plusieurs espaces demeurent vétustes et nécessiteraient un meilleur entretien et plus de dégagement notamment, les corridors des unités de soins. L'organisme est invité à revoir l'organisation des unités de soins qui n'ont pas fait l'objet de rénovation. De plus, l'organisme est aussi invité à revoir les routines d'entretien des espaces extérieurs autour des entrées de l'immeuble pour endiguer le problème de déchets traînant sur le sol.

L'organisation est invitée à s'investir dans un plan de développement durable approprié pour limiter son impact sur l'environnement. Il est aussi recommandé de développer un programme formel de satisfaction des usagers quant aux environnements physiques.

L'intégration de l'Hôpital Notre-Dame demeure une préoccupation et un enjeu majeur pour l'équipe.

## 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.

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

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

L'équipe responsable de la préparation en vue des sinistres a démontré sa capacité à répondre à tous les sinistres envisageables. Elle est bien structurée, possède l'expertise et les compétences pour mener à bien son mandat. Elle détient une vision très claire des besoins de l'organisation en matière de mesures d'urgence et de sécurité civile et a identifié les stratégies requises pour y arriver. La planification est exceptionnelle.

Un centre de coordination est en place pour l'ensemble de l'organisation et les protocoles de veille, d'intervention, de communication, et de rétablissement sont clairement bien établis. Des plans de mesures d'urgence existent pour les installations et ils sont mis à l'épreuve périodiquement. Un plan de formation programmée a été développé et plusieurs outils sont en place. L'organisme est invité à s'investir dans le développement ou dans la mise à jour de plans d'intervention spécifiques pour les plateaux techniques de l'Hôpital de Verdun.

Les personnes rencontrées savent toutes comment rejoindre le centre de coordination en cas d'urgence. Par contre, localement, il semble exister une certaine ambiguïté sur les rôles et responsabilités, y incluant les usagers. L'organisme est invité à fournir plus de formation pour mieux comprendre les responsabilités de tout un chacun en cas de sinistre.

L'équipe procède à l'évaluation des protocoles et à l'essai des plans régulièrement. La coordination entre les instances locales et régionales est facilitée du fait qu'elle se retrouve sous une même direction. Les relations avec les partenaires sont fortes et donnent des résultats efficaces.

Les plans de pandémie, la veille épidémiologique et les mesures d'intervention en santé publique sont bien intégrés tant à l'interne qu'avec les nombreux partenaires locaux, régionaux et nationaux. L'équipe est très bien organisée et outillée pour répondre à son mandat.

Finalement, les communications sont en constante relation avec l'équipe des mesures d'urgences et de sécurité civile pour bien coordonner les besoins de communiquer avec l'ensemble de l'organisation et la communauté. Les stratégies déployées sont un gage de succès pour atténuer l'effet des situations vécues.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

L'organisme a mis en place un processus proactif visant à réduire les périodes d'engorgement à l'urgence. Des liens directs sont établis avec les gestionnaires de cas et les professionnels œuvrant en première ligne comme le maintien à domicile afin de réduire les consultations à l'urgence.

Il est possible pour un client suivi par le service de maintien à domicile d'avoir accès à un examen, à ses résultats et aux traitements requis, sans passer par le processus d'accueil/triage de l'urgence de l'établissement. Cette façon de faire a un effet bénéfique direct sur le taux d'occupation des civières à l'urgence, le taux d'occupation des lits et le maintien à domicile.

La gestion des lits est rigoureuse et le report de chirurgie est minimisé

Depuis la création du CIUSSS, les professionnels rencontrés disent constater une amélioration dans la trajectoire de l'utilisateur et l'accessibilité aux services identifiés. La participation des usagers est privilégiée lors de la révision de l'offre de service. Des représentants des usagers et des familles sont présents lors des discussions des équipes-qualité et dans les différents projets LEAN.

Un comité de travail visant l'optimisation du cheminement de l'utilisateur est en place afin de planifier l'arrivée au sein du CIUSSS d'un deuxième établissement à mission hospitalière qu'est l'Hôpital Notre-Dame.

Les démarches se poursuivent avec les autres partenaires du réseau CIUSSS et Hôpitaux universitaires afin d'optimiser le cheminement de l'utilisateur, peu importe son territoire d'appartenance.

## Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
<b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie comportent des aires de travail séparées pour le nettoyage et la décontamination, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	!
11.4 Un membre qualifié du personnel suit les directives du fabricant pour retraiter les appareils d'endoscopie immédiatement après une intervention.	!
12.3 L'équipe est en mesure de retracer tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou transportés jusqu'aux unités de soins ou à d'autres organismes.	!
13.14 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

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

L'équipe de gestion est en place depuis moins d'un an, lors de la dernière année, elle a recueilli les données sur le niveau d'utilisation des services et les modes d'utilisation des appareils médicaux. L'équipe qui sera en place dans les prochains mois est encouragée à maintenir les méthodes de suivi actuelles.

L'organisme revoit son plan opérationnel et l'information qu'il recueille au sujet du volume de services et de l'utilisation de l'équipement afin de déterminer quels services de retraitement et de stérilisation il sera en mesure d'offrir. La gestionnaire en place a réalisé un plan d'évaluation des besoins lors de la création du CIUSSS. Les besoins sont clairement identifiés en lien avec la centralisation des activités de retraitement au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

L'équipe collabore avec la salle d'opération, seul lieu où l'on retrouve un système de stérilisation rapide, afin de limiter son utilisation. Lors des trois dernières années, le nombre d'utilisations de la stérilisation rapide a grandement diminué. L'organisme est encouragé à maintenir ces efforts, en ce sens.

Le recrutement au service de stérilisation est difficile. Malgré ce fait, l'organisme dispose du bon agencement d'effectifs pour réaliser les activités de retraitement et de stérilisation. Un plan à plus long terme d'accueillir des stagiaires permettra de faciliter le recrutement. L'utilisation de la main d'oeuvre indépendante est maintenue au plus bas.

Le plan d'accueil et d'intégration ainsi que le plan de formation des employés ont été entièrement revus afin de répondre aux besoins du service. De l'accompagnement lors de l'accueil de nouveaux membres ainsi que de la formation continue sont offerts.

Le service de retraitement a été entièrement remis à neuf depuis la dernière visite d'agrément. Celui-ci répond aux normes et meilleures pratiques en matière de retraitement. Des efforts de l'équipe ainsi que de la direction ont coordonné la mise en place de la traçabilité des équipements, la mise à jour des politiques et procédures ainsi que la réorganisation du travail. Les résultats obtenus sont à souligner. L'équipe a d'ailleurs d'autres projets importants de réorganisation par la centralisation de la stérilisation à l'intérieur du CIUSSS ainsi que la phase deux de la traçabilité du matériel. L'équipe a effectué des évaluations quant à l'ergonomie et à la santé et la sécurité au travail de son service de retraitement des appareils médicaux.

Des collaborations et partenariats sont réalisés afin de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services offerts par le secteur. Divers processus ont été mis en place, tant avec l'équipe de prévention et contrôle des infections, l'équipe de l'entretien ménager, l'équipe de la salle d'opération, divers services des soins et services à domicile, les services diagnostiques, pour ne nommer que ceux-là, afin que les procédures et processus utilisés correspondent aux meilleures pratiques.

L'équipe du GBM mentionne disposer d'un programme écrit d'entretien préventif et de nettoyage pour son équipement de décontamination et de stérilisation. Un dossier complet de toutes les procédures d'entretien et d'inspection pour le retraitement et la stérilisation des appareils et de l'équipement est disponible à l'équipe du GBM.

Il est mentionné, lors de la visite, qu'aucun appareil ou équipement à usage unique n'est stérilisé depuis 2006.

L'établissement reconnaît la désuétude des locaux au service de retraitement des endoscopes. Les travaux de relocalisation ont été réalisés. L'organisme est en attente des derniers équipements nécessaires à l'utilisation des nouveaux locaux. Ce faisant, l'aménagement physique actuel des lieux utilisés lors de la visite ne respecte pas les critères en lien avec l'aménagement physique des lieux. Les nouveaux locaux sont censés être utilisés dans les prochaines semaines et répondent aux meilleures pratiques actuelles.

L'équipe est en mesure de retracer tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou présents en stérilisation par la traçabilité de ceux-ci. Par contre, la phase deux de la traçabilité est prévue dans les prochains mois où il sera possible de retracer les articles dans le CIUSSS. Le service n'a pas eu de rappel d'article dû à un problème de stérilisation au cours des dernières années.

L'équipe établit des objectifs mesurables pour ces initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre. Nous avons été en mesure de constater de nombreux plans d'action en lien avec les améliorations en cours et à venir dans le secteur de la stérilisation. Des indicateurs sont disponibles et utilisés par l'équipe en place afin de mesurer l'impact des améliorations réalisées. De plus, des audits ont été réalisés, analysés et présentés à l'équipe afin de réaliser des améliorations et ainsi s'assurer du maintien des résultats.

Les sondes échographiques sont stérilisées directement dans le secteur. Une entente est en cours de rédaction afin de pallier tous bris et arrêt du stérilisateur dans le secteur de l'échographie afin de maintenir l'offre de service.

Le processus de transport des articles souillés, propres et stérilisés a été revu et amélioré. L'achat de nouveau contenant est en cours, l'implantation est prévue dans les prochaines semaines.

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide le personnel, les prestataires de services et les partenaires à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité. Le personnel d'encadrement prend part aussi à ce processus. Cela aide aussi l'organisme à faire connaître les activités d'amélioration de la qualité réussies à l'intérieur et à l'extérieur de ses murs, de même qu'à démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Il a été noté, lors de la visite, que l'information est présentée aux membres du personnel exclusivement.

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

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

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

### **Analyses de biologie délocalisées**

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

### **Compétences - Services de soins primaires**

- Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

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

### **Épisode de soins**

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

### **Aide à la décision**

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

### **Impact sur les résultats**

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

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

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

### **Gestion des médicaments**

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

**Prévention des infections**

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

**Services de diagnostic – Imagerie**

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

**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.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.3 L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.</p> <p>NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p> <p>2.3.5 L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<p>2.5 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.8 L'organisme fournit de l'information et de la formation continue au personnel sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>4.1 L'organisme assure la formation initiale et la formation continue du personnel et des prestataires de services en fonction de leurs rôles et responsabilités en matière de gestion des médicaments, selon leur champ de compétence.</p>	<p style="text-align: center;"></p>

4.4	L'organisme évalue l'efficacité de ses activités de formation relatives à la gestion des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
7.4	L'organisme vérifie régulièrement le CPOE pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	!
8.4	L'organisme teste régulièrement le système informatique de la pharmacie pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	!
12.1	L'organisme limite l'accès aux aires d'entreposage des médicaments au personnel et aux prestataires de services autorisés.	!
12.2	L'organisme nettoie régulièrement les aires d'entreposage des médicaments et s'assure qu'elles sont bien organisées.	
12.3	L'organisme assure le maintien des conditions appropriées dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.10	L'organisme inspecte régulièrement les aires d'entreposage des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
14.5	L'organisme aide à minimiser les distractions, les interruptions et le bruit au moment de rédiger et de vérifier les ordonnances de médicaments de façon manuelle ou électronique.	
14.6	L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.	
14.6.2	L'organisme se sert de la « liste d'éléments à proscrire » et l'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	<b>PRINCIPAL</b>
14.6.5	L'organisme informe le personnel de l'existence de la « liste d'éléments à proscrire » à l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.	<b>SECONDAIRE</b>
16.1	L'organisme nettoie régulièrement ses aires de préparation des médicaments et s'assure qu'elles sont bien organisées.	
17.1	L'organisme s'assure que toutes les unités de médicaments sont étiquetées de façon uniforme.	!
19.1	Quand la pharmacie est fermée, l'organisme permet au personnel et aux prestataires de services désignés d'accéder à une armoire de nuit ou à un distributeur automatique, leur offrant ainsi une sélection limitée de médicaments utilisés en situation d'urgence.	

23.6	Les prestataires de services consignent, dans le dossier des usagers, les numéros de lot et les dates de péremption des vaccins administrés.	
27.2	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des fournisseurs de l'externe, l'organisme établit un contrat avec chacun d'eux, lequel exige des niveaux de qualité constants et le respect des normes de pratique approuvées.	
27.3	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des fournisseurs de l'externe, l'organisme vérifie régulièrement la qualité des services fournis.	

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

##### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Des travaux considérables ont été réalisés depuis quelques années pour augmenter la gestion efficace et sécuritaire des médicaments. Les progrès réalisés ont été soulignés par plusieurs médecins et infirmières. Parmi les réalisations d'envergure, mentionnons la construction d'une nouvelle pharmacie à l'Hôpital Verdun entièrement conforme aux normes de pratiques, les efforts concertés pour resserrer l'accès et la disponibilité aux réserves des médicaments et le recrutement de nombreux pharmaciens et assistants techniques.

L'intégration de certaines POR demeure un défi important. Le recours à des services d'une pharmacie externe pour l'Hôpital Chinois est un enjeu supplémentaire dans l'harmonisation de la dispensation des services pharmaceutiques dans le CIUSSS. L'organisme est invité à définir les niveaux de responsabilité entre la pharmacie du CIUSSS et la composante externe.

## Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.2 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD assure l'encadrement, la gestion et la supervision des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.2.	
2.2 Celui qui effectue une ADBD a accès à une personne-ressource désignée. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
2.3 Les lieux de travail dans l'organisme sont conformes aux recommandations du fabricant quant à l'utilisation des appareils et des réactifs servant aux fins des ADBD.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
4.5 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.1 L'organisme conserve un inventaire précis et à jour de tous les appareils d'ADBD.	

5.3	L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ADBD.	!
5.5	L'organisme vérifie périodiquement que les appareils utilisés pour les ADBD sont en bon état. Référence de la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
5.6	L'organisme retire tout appareil d'ADBD inapproprié, non conforme, détérioré ou qui ne correspond pas aux critères de qualité.	!
5.8	L'organisme surveille et vérifie si celui qui effectue une ADBD utilise seulement le numéro d'identification unique qui lui a été assigné.	
5.11	L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fabricants et les fournisseurs d'appareils servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
6.1	L'organisme conserve un inventaire précis et à jour des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	!
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!
6.4	L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
6.5	L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ADBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
6.8	L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fournisseurs de réactifs et de matériel servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
8.6	Celui qui effectue une ADBD applique des contrôles de la qualité spécifiques à chaque appareil. Référence de la CSA : 22870:07, 5.5.3, 5.5.4.	
8.13	L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.8	Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	

10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	
10.10	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD examine les données du contrôle de la qualité chaque mois et apportent des améliorations au besoin.	
10.13	L'organisme conserve les dossiers portant sur les résultats des contrôles de qualité et les cas de non-conformité des ADBD pendant au moins deux ans.	

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

#### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'organisme a mis sur pied un important et excellent programme d'ADBD qui encadre l'utilisation des analyses suivantes, la glucométrie capillaire, l'analyse d'urine et le test de grossesse urinaire, ainsi que l'hémoglobine. L'inventaire des analyses mentionne également l'existence du dépistage rapide de Streptocoque de type A dans l'un des CLSC qui n'est pas couverte par le programme; le centre a été avisé de mettre fin à cette analyse il y a quelques mois, mais continue néanmoins à l'exécuter. Cette circonstance entraîne automatiquement un nombre important de critères non conformes dans ce présent rapport. La responsable des ADBD a cependant déjà l'ébauche d'une PON pour encadrer cette ADBD, mais on devra s'assurer de son implantation.

La responsabilité de tous les intervenants dans le programme ADBD est bien définie et on peut souligner la présence à temps plein d'une responsable de ces analyses. Un comité ADBD multidisciplinaire se réunit 3 fois par an, et sert entre autres à examiner quelques indicateurs qualité et à étudier les améliorations au programme. L'utilisation des indicateurs qualité est récente et devra se bonifier dans le futur. On retrouve de nombreux documents et PON sur l'utilisation des différentes ADBD ainsi que sur les nombreux aspects de validation et de vérification; l'organisme est invité à compléter rapidement leur révision et leur intégration dans le nouveau système de gestion documentaire du laboratoire.

Un programme de contrôle de qualité interne et externe existe pour la plupart des analyses, mais on devrait revoir, si la fréquence des contrôles pour l'HemoCue (hémoglobine) correspond bien à celle recommandée par le fabricant.

Les glucomètres sont en connectivité avec un système de gestion de la compagnie Abbott/Aegis qui permet de gérer les appareils et les privilèges des utilisateurs ainsi que la surveillance des contrôles. La recertification annuelle se fait par le passage d'un spécimen contrôle externe. Ce système est également utilisé pour gérer les privilèges utilisateurs pour les autres analyses « non connectées » pour lesquelles la recertification utilise un examen écrit. Les unités de soins ont un cahier pour l'utilisation des glucomètres qui est disponible également sur l'intranet de l'organisme. L'équipe est invitée à rendre accessibles, sur l'intranet, tous les documents concernant l'utilisation des autres ADBD et à favoriser leur utilisation.

Le concept de rapport distinct et exhaustif des résultats ADBD « non connectés » dans les dossiers laisse à désirer et l'organisme pourrait favoriser l'utilisation du formulaire de rapport ADBD existant dans le dossier patient.

Nous soulignons l'implication significative de la responsable des analyses ADBD ainsi que la qualité du soutien qu'elle apporte aux divers utilisateurs. L'équipe est encouragée à compléter rapidement l'encadrement des analyses de dépistage de Streptocoque de type A et par la suite à déployer son programme dans les autres constituants du CIUSSS.

## Ensemble de normes : Les services de soins primaires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.4 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
9.5 Au moment de prescrire un médicament, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de l'usager.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	

- |      |  |   |
|------|--|---|
| 14.3 | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.                         | ! |
| 14.4 | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.  | ! |
| 14.5 | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques. | ! |

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

##### Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

Tous les professionnels possèdent les titres et compétences et sont assujettis à l'obligation d'avoir une assurance-responsabilité. Chaque personne connaît son rôle et ses responsabilités.

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe connaît très bien le profil de sa population desservie. Elle offre des services à différentes clientèles tant pédiatriques qu'adultes, et ce, à partir du rapport sur l'état de santé de la santé publique et selon les besoins populationnels émergents. Une synergie est présente pour répondre aux besoins de la clientèle, et ce pour assurer des soins de qualité. Grâce au guichet d'accès pour les clientèles orphelines, l'équipe est sensible à leur trouver des médecins de famille.

L'équipe de Verdun établit ensemble ses objectifs d'amélioration continue de la qualité. Ses valeurs et sa mission se collent à celles de l'organisme. Il faut noter la présence d'un usager à l'élaboration de ces objectifs et celui-ci a contribué à la conception d'un questionnaire de satisfaction de la clientèle. Cependant, au CLSC des Faubourgs, l'équipe est au début des rencontres de gestion entre le volet médical et infirmier. L'équipe est encouragée à continuer dans ses démarches de cogestion afin d'avoir des objectifs communs, et ce, dans l'intérêt des usagers.

Des rencontres de gestion sont planifiées pour la diffusion des informations aux membres de l'équipe que ce soit entre gestionnaires ou en présence des assistantes du supérieur immédiat. Un projet LEAN a eu lieu à l'unité de médecine familiale de Verdun. En plus des améliorations physiques, il en est ressorti la mise en place d'équipe engagée pour assurer la prise en charge de la clientèle. Les résultats sont très positifs ainsi qu'un niveau de satisfaction du personnel et de l'équipe médicale. Au CLSC des Faubourgs, l'équipe est invitée à améliorer les mécanismes de communication afin de répondre au besoin d'information des intervenants.

Des corridors de service sont bien établis avec les principaux partenaires, dont le CLSC de Verdun, l'Hôpital de Verdun et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas pour la clientèle de santé mentale. À l'arrivée de l'utilisateur, celui-ci est pris en charge par une équipe de professionnels qui a à cœur la sécurité de la clientèle et répond rapidement aux besoins de la clientèle.

Une équipe interdisciplinaire est présente pour répondre aux besoins de la clientèle. Une grande collaboration interprofessionnelle est à souligner. Une complémentarité entre les intervenants favorise des soins de qualité pour la clientèle. Les lieux physiques sont propres et adaptés pour répondre aux besoins de la clientèle. Les locaux sont disponibles en cas d'isolement. L'équipe est encouragée à impliquer les usagers et la famille dans les processus de décision en lien avec les objectifs et les activités de soins.

### Processus prioritaire : Compétences

Un processus est en place pour l'identification des besoins de formation. Les membres de l'équipe ont accès aux formations pertinentes dans leur domaine. À la suite des formations, de la rétroaction est faite aux autres personnes afin de partager les connaissances. Les équipes médicale et professionnelle participent à la formation des résidents en médecine familiale et d'autres professionnels. L'évaluation au rendement est un souci de l'équipe. Dans ces secteurs, les évaluations sont faites de façon régulière. Le personnel est satisfait de ce processus d'évaluation, car ils ont l'opportunité de faire valoir leurs talents.

Des programmes d'orientation et d'intégration sont en place selon les titres d'emploi. Un suivi est fait étroitement lors de la période de probation et d'intégration. Par contre, au CLSC des Faubourgs le programme d'orientation n'est pas structuré. L'équipe est encouragée à élaborer ledit programme.

L'équipe est composée de différents professionnels habilités à offrir des soins de qualité à la clientèle. L'équipe est proactive, fait preuve d'ouverture d'esprit et est en mode de résolution de problèmes. Avec la naissance du CIUSSS, les membres de l'équipe de gestion se partagent les bons coups. Ils n'hésitent pas à faire appel à leurs collègues pour améliorer leurs offres de services ou pour discuter de problématiques particulières. La présence d'infirmières-praticiennes spécialisées dans ces secteurs favorise la prise en charge et un suivi d'utilisateurs selon les responsabilités dévolues à ce titre d'emploi.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La clinique offre des services avec rendez-vous et sans rendez-vous. Elle offre des services de jour et de soir en semaine et la fin de semaine. À l'unité de médecine familiale de Verdun, les usagers qui désirent consulter à la clinique des sans-rendez-vous peuvent s'inscrire la veille grâce à un système téléphonique ou par internet. L'utilisateur connaîtra l'heure à laquelle il doit se rendre à la clinique évitant ainsi un temps d'attente sur place. La clientèle et les professionnels se disent fort satisfaits de ces changements.

Au CLSC des Faubourgs, il existe un service de clinique sans rendez-vous médical où le principe du premier arrivé est appliqué. L'infirmière fait un triage, mais il n'existe pas d'algorithme de décision clinique. L'équipe est encouragée à mettre en place un processus décisionnel pour conforter les infirmières dans la prise de décision basée sur des grilles de triage reconnues.

Chaque patient est évalué par les professionnels et l'équipe médicale. Chaque usager qui se présente sans rendez-vous est évalué. Une collecte de données faite par les professionnels qui touche différents aspects, dont les antécédents, les allergies, etc. Un contrôle judicieux des résultats de laboratoires est fait de façon systématique. De plus, un mécanisme est mis en place si un résultat critique ou anormal est constaté par les laboratoires. Des notes de suivi sont consignées afin de valider que les usagers se conforment à la gestion de leurs soins. Chaque patient a un plan d'intervention selon sa condition. Le suivi est fait par les différents professionnels selon la problématique principale.

L'équipe connaît très bien ses partenaires et les consulte au besoin pour optimiser son offre de services. Des mécanismes sont en place afin de diriger les patients vers les services lorsque la clinique ne peut subvenir à leurs besoins. Un rapport verbal est fait pour donner de l'information aux services receveurs.

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

Un dossier informatisé est disponible pour les professionnels et est le moyen de communication entre ceux-ci facilitant ainsi la continuité des soins et le partage des informations. Le dossier de l'épisode de soins est numérisé au fur et à mesure afin de rendre l'information disponible aux professionnels. Cependant, il existe deux systèmes informatiques différents au CLSC des Faubourgs, un pour les équipes médicales et l'autre pour le personnel infirmier. L'équipe est invitée à utiliser un dossier unique informatique. Des équipes ont accès à l'intranet et l'internet pour l'accès aux données probantes et bonnes pratiques.

La gestion du dossier est dictée par une politique émise par les archives sur la conservation des données. Une politique sur la notion de consentement est disponible.

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

L'équipe fonde leurs pratiques sur les données probantes. L'équipe vise à donner des soins basés sur l'excellence. L'organisme est encouragé à impliquer les usagers et les familles dans les processus de sélection, d'élaboration et de réévaluation des meilleures procédures et protocoles en fonction des données probantes. Différents moyens sont mis à la disposition des membres de l'équipe pour accéder aux données probantes dont l'« up to date », l'intranet et différentes personnes ressources connues de l'équipe.

Dès qu'une situation à risque est observée, l'équipe se met en mode action pour trouver des solutions. L'équipe a une culture de qualité. Dans plusieurs projets, un usager fait partie intégrante des rencontres afin de donner son point de vue. L'équipe accueille de façon positive cette implication des usagers dans le processus de décision. L'équipe est encouragée à poursuivre ce mode de fonctionnement qui est fort intéressant et à l'intégrer à leurs projets.

L'équipe a mis en place un tableau de bord pour faire le suivi de ses indicateurs organisationnels et spécifiques à l'équipe. Des processus sont prévus pour diffuser les informations et surtout de réagir lorsque des correctifs doivent être apportés.

L'équipe est sensible à la détection et à la déclaration des événements indésirables. La procédure de déclaration est connue des intervenants. La clientèle est satisfaite des soins reçus, de la gentillesse du personnel. Les usagers se disent traités avec respect et dignité. L'équipe fait tout en son possible pour répondre aux besoins de la clientèle.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.8 L'organisme effectue régulièrement la mise à jour des politiques et des procédures de prévention et de contrôle des infections en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!

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

#### Processus prioritaire : Prévention des infections

Les sites de l'Hôpital de Verdun, l'Hôpital Chinois de Montréal, le Centre d'hébergement Émilie-Gamelin et le Centre d'Hébergement Des Seigneurs ont été visités.

L'organisme, avec la création du CIUSSS, a saisi l'occasion qui lui était présentée d'utiliser les meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections de ses équipes internes. Le suivi des indicateurs, l'analyse de ceux-ci, la validation sur les lieux et le transfert des meilleures pratiques dans les autres installations sont en cours. L'apprentissage, l'un de l'autre, se fait sentir dans cette jeune équipe. L'équipe est encouragée à continuer ses efforts de mise à jour régulière des divers programmes, documents, politiques et procédures.

L'organisme compte, au sein de l'équipe de prévention et de contrôle des infections, des professionnels qualifiés en prévention et en contrôle des infections. Le comité interdisciplinaire, quoique nouvellement créé, a le souci d'évaluer sa structure et son fonctionnement et y apporte des améliorations, au besoin. Un rapport d'effectifs recommandés dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections a d'ailleurs été produit par l'équipe en décembre 2015. De nouvelles méthodes de travail sont en évaluation, comme la réalisation des audits de façon décentralisée qui est un exemple de solution permettant d'optimiser l'utilisation des ressources limitées de l'équipe. À la suite du départ de membres de l'équipe, le recrutement est en cours afin de pourvoir les postes vacants.

L'organisme communique les tendances et les observations importantes relatives aux infections nosocomiales au personnel, à d'autres organismes, aux organismes de santé publique et à la communauté. Le dépistage est réalisé selon la politique en vigueur, le suivi des résultats est en place, les mesures nécessaires sont prises afin de diminuer les risques de contamination dans l'organisation. Les résultats des divers indicateurs présentés démontrent le résultat positif des efforts réalisés.

L'organisme exige que le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et

régulièrement par la suite. L'amélioration du taux de lavage des mains à la suite des formations demeure un enjeu au sein de l'équipe en prévention et contrôle des infections. Pour ce faire, plusieurs stratégies sont en cours notamment l'utilisation de la formation sur le lavage des mains par le Web, la réalisation d'audit, etc. L'équipe est encouragée à maintenir ses efforts pour augmenter le taux de lavage des mains dans toutes les missions du CIUSSS.

Sur les unités et secteurs visités, des cartables traitant de prévention et contrôle des infections sont présents. Certains cartables observés ont été mis à jour il y a un certain temps. Diverses informations sont affichées sous forme de pense-bête afin de faciliter l'accès au personnel et aux médecins. En plus du cartable, il est possible, dans certains sites seulement, de retrouver les documents, politiques et procédures sur le site internet. L'organisme est invité à mettre à jour ses politiques, ses procédures et ses autres documents nécessaires à la prévention et au contrôle des infections et à les rendre disponibles informatiquement.

L'organisme a établi une politique d'immunisation pour procéder au dépistage auprès du personnel et des prestataires de services ainsi qu'une offre de vaccination. Un suivi, lors de l'embauche de nouveaux membres du personnel, est en place. La vaccination du personnel est promue dans l'organisation. Des stratégies sont en développement afin d'augmenter le taux de vaccination du personnel en période de vaccination contre l'influenza. L'équipe de santé et sécurité au travail est soucieuse de protéger les membres du personnel.

L'organisme fait le suivi des infections nosocomiales selon la procédure établie. L'organisme analyse les éclosions et émet des recommandations afin d'éviter qu'elles surviennent de nouveau. L'organisme communique l'information sur les infections nosocomiales pertinentes et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions au personnel, aux prestataires de services, à la haute direction et prochainement au conseil d'administration.

Les clients, les familles et les visiteurs ont accès à de l'information sur les pratiques de base et les précautions additionnelles traitant de la prévention et du contrôle des infections. À l'admission, de l'information est transmise, certains écrans d'ordinateurs présentent de l'information, le site internet sera revu afin d'y retrouver encore plus d'informations en lien avec la prévention et le contrôle des infections. À l'Hôpital de Verdun, pendant la période de vaccination pour l'influenza, l'écran au poste de garde affiche les clients ayant reçu le vaccin et ceux à qui l'offrir. Plusieurs actions sont prises pour diminuer les risques de contamination, à titre d'exemple, certaines unités ont intégré le lavage des mains avant le repas. Nous avons été en mesure de consulter la politique régionale intégrée de prévention et contrôle de l'influenza. Il s'agit d'un plan important touchant plusieurs actions de prévention, dont le lavage des mains.

Certaines réalisations de l'équipe sont la gestion des zones grises, le maintien des acquis de l'équipe de prévention et de contrôle des infections malgré les départs de membres de l'équipe, la mise à niveau des secteurs de stérilisation, pharmacie et endoscopie et la diminution des cas d'ERV. La collaboration entre les membres de la nouvelle équipe qui partagent la vision et le souci des clients est garante de réussite. Les défis à venir pour eux sont la vaccination du personnel, la diminution des infections en hébergement,

l'implication des usagers et leur famille davantage en prévention et contrôle des infections et la standardisation des produits et méthodes de travail entre les sites.

---

## Ensemble de normes : Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
6.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
6.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.16 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
12.7 L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	

1.7	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
10.15	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
11.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
11.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
11.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
11.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
11.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
11.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
11.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
16.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
17.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
18.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
18.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!

18.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
19.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
19.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
19.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
19.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
19.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
20.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
20.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
20.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
20.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
20.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
20.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

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

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le leadership clinique est bien assuré depuis 2008. L'organisme est encouragé à travailler conjointement avec les usagers dans le développement et l'amélioration de la qualité des services offerts.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les employés du service ont un profil de compétence diversifié et qualifié. Les professionnels sont soucieux de garder leur compétence à jour. L'organisme offre diverses formations de perfectionnement de compétence. Cependant, l'organisme est invité à impliquer les usagers dans la définition des compétences requises pour les intervenants.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'environnement physique est un défi important, il est restreint et compromet la confidentialité des échanges avec les patients. L'équipe de gestion est consciente qu'il faut trouver des moyens pour assurer la qualité et l'accessibilité des soins et des services croissants dans des locaux limités. L'équipe de gestion est encouragée à utiliser les canaux de communication entre les intervenants et les partenaires.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Depuis l'arrivée des trois hémato-oncologues en 2008, les services ambulatoires d'oncologie ont connu un essor considérable avec l'ajout de plusieurs professionnels à l'équipe interdisciplinaire. Le service offre des soins et services complets et personnalisés. L'organisme est encouragé à augmenter l'implication des patients dans le processus d'aide à la décision.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La nouvelle équipe de gestion est encouragée à mesurer les résultats et à analyser des indicateurs cliniques avec l'implication de l'utilisateur.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Deux pharmaciens à temps plein sont dédiés à la préparation et aux services cliniques. La pharmacie de l'oncologie a été récemment aménagée dans un espace restreint; elle est fonctionnelle, mais non optimale. Quelques ajustements mineurs devraient être faits dans les prochains mois pour rendre la pharmacie conforme aux normes.

## Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.11 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
4.15 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p> <p>10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>

10.5.2	Les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.	PRINCIPAL
10.5.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, un MSTP est produit en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.	PRINCIPAL
10.5.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, les changements apportés aux médicaments sont communiqués au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
12.3	La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
13.9	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
16.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
16.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
16.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

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

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

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

Bien que le rôle du service des urgences soit défini dans le plan des mesures d'urgence, le personnel reste à être formé et éduqué par rapport à celui-ci.

L'organisme est encouragé à poursuivre sa documentation de besoins en lien principalement avec les salles d'examen à l'urgence ambulatoire et à communiquer ceux-ci au personnel d'encadrement.

L'organisme est encouragé à mettre en place une approche systématique d'implication des usagers et des familles dans ses processus décisionnels et d'évaluation des services.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'organisme est encouragé à mettre en œuvre un suivi du programme de formation avec les nouvelles pompes qui feront bientôt leur apparition sur les unités de soins.

L'organisme est encouragé à considérer la simplification des évaluations de rendement afin de pouvoir les effectuer de façon plus fréquente.

L'approche clinique à l'urgence est une des plus collaboratives et implique de nombreux intervenants de plusieurs origines professionnelles. L'intégration d'infirmiers et infirmières auxiliaires et le changement des horaires de travail ont permis de réduire l'utilisation de la main d'œuvre indépendante tout en améliorant la rétention du personnel.

Un nouveau comité médico-nursing en remplacement du comité d'optimisation vient d'être démarré dans le but de mettre en œuvre et faire le suivi du plan d'amélioration continue.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'organisme dispose d'un plan robuste de désencombrement lorsque l'urgence est en surcapacité, ce qui lui permet de continuer à offrir des soins sécuritaires pendant la mise en œuvre des mesures correctives. L'organisme est encouragé à poursuivre son projet de signalisation afin de clarifier les trajectoires et destinations pour les usagers et faciliter l'accès aux lieux physiques de l'urgence et des services connexes. L'équipe est incitée à mettre par écrit les critères de prétriage afin de réduire la variance entre les intervenants tout en assurant une pérennité de l'approche. L'équipe est encouragée à développer une approche systématique du bilan comparatif des médicaments pour les patients admis et certains patients qui ont été ciblés pour l'ambulatoire.

L'organisme est encouragé à collaborer avec le département de radiologie afin de réduire l'impact de certaines cliniques lourdes, comme l'orthopédie, sur le roulement du service d'urgence. De plus, il est invité à réévaluer le processus de réquisition pour les radiographies afin de réduire les délais. L'organisme a établi un accès privilégié, séparé des accès principaux, à l'urgence pour les cas suspects de maladie infectieuse. Celui-ci a d'ailleurs été utilisé à quelques reprises déjà pour des cas suspects d'Ebola. La gestionnaire de cas de l'urgence prévient certaines visites en amont tout en assurant une transition fructueuse lors du retour à domicile. L'équipe est invitée à élaborer un suivi systématique de certains congés après le retour à domicile pour certaines clientèles ciblées.

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

Tous les éléments de ce processus prioritaire sont conformes. L'équipe est à tester la version mobile de « SIURGE » et documente les bénéfices sur le fonctionnement de l'équipe médicale incluant l'interaction avec les spécialistes consultants à l'urgence.

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

L'organisme est encouragé à mettre les usagers et les familles à contribution dans le choix, l'élaboration et la révision périodique des procédures et protocoles. En plus de l'implication des usagers et des familles dans l'élaboration et dans le suivi du plan d'amélioration continue, les gestionnaires sont encouragés à rendre celui-ci accessible à l'équipe sous forme d'un tableau de suivi avec indicateurs et codes de couleur tout en s'assurant qu'il s'intègre au plan organisationnel.

Le comité multidisciplinaire d'optimisation a permis, au cours des dernières années, de mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité au sein du triage, de l'urgence majeure et ambulatoire menant, entre autres, à des améliorations significatives des durées moyennes de séjour et des séjours de plus de 48 heures. L'ajout d'un coordonnateur à l'urgence a également contribué à l'amélioration de ces indicateurs. Le tableau de bord de la performance de l'urgence est très visuel et donne une bonne vue d'ensemble de la situation. L'organisme est encouragé à partager ses succès en amélioration de la qualité avec l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame afin d'en faciliter l'amalgamation dans un futur prochain.

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

L'équipe a été récemment mise à l'épreuve et a répondu avec brio face à des situations potentielles et réelles de dons d'organes.

## Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
3.5 L'équipe dispose d'un directeur médical responsable de superviser et de gérer les médecins.	!
3.6 Le directeur médical de l'équipe et les médecins sont des spécialistes de l'imagerie autorisés par l'association ou l'ordre professionnel approprié.	!
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
9.1 L'équipe a un processus pour fournir aux professionnels de la santé qui acheminent des clients les ressources nécessaires pour choisir les examens d'imagerie diagnostique appropriés.	
10.4 L'équipe comprend ses rôles et ses responsabilités dans les cas où les clients sont incapables de prendre des décisions éclairées et doit faire appel à une personne chargée de prendre des décisions au nom du client.	
11.6 L'équipe respecte les politiques et les procédures établies par l'organisme pour l'administration de médicaments tels que les opacifiants intravasculaires, les tranquillisants et les produits radiopharmaceutiques.	
15.3 L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!

15.4	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
17.6	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
17.14	L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

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

##### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est félicitée pour son engagement envers la clientèle.

##### Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

Les services d'imagerie diagnostique de l'Hôpital de Verdun et de l'Hôpital Chinois ont été visités lors de la visite. Au site Verdun, les secteurs de la tomodensitométrie, de la médecine nucléaire et de l'échographie ont été complètement rénovés. Le secteur de l'échographie est en installation, certains ajustements sont à réaliser. L'appareil de la résonance magnétique est censé être rehaussé dans un an. Le projet de rehaussement est en cours de réalisation.

L'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique lors de diverses rencontres médicales. Un sondage a été préparé et acheminé dernièrement par l'équipe, tant au niveau des clients que des référents. L'organisme est encouragé à systématiser les processus de satisfaction de la clientèle interne et externe ainsi que celui des référents, à une fréquence régulière.

L'équipe cerne et élimine, si possible, les obstacles physiques et systémiques qui empêchent les clients et les professionnels de la santé qui acheminent des clients d'accéder aux services d'imagerie diagnostique. Entre autres, un suivi des délais d'attente est réalisé et l'équipe coordonne rapidement, si possible, l'ouverture de plages additionnelles à l'attribution des rendez-vous afin de restreindre les délais. Un technologue autonome en échographie est en formation. L'intégration de celui-ci permettra de contribuer à la diminution des délais d'attente du secteur. Tous les questionnaires des requêtes radiologiques préliminaires à la réalisation d'examen devraient être signés par le médecin-référent. Des questionnaires non signés ont été trouvés.

L'équipe a amorcé l'évaluation et la documentation du rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective. L'équipe est encouragée à poursuivre les évaluations des membres du personnel.

La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit doté de l'équipement et du personnel appropriés qui permettent aux clients de récupérer suivant l'examen dans les secteurs où une injection ou une sédation est administrée. Les locaux sont neufs et adéquats pour répondre aux besoins du personnel et des clients dans le secteur du scan.

La formation a été offerte à deux coordonnatrices. Les règles d'étiquetage et de conservation des produits entourant la réglementation SIMDUT sont respectées. L'utilisation de la formation sur internet est prévue pour tous les membres du personnel. L'organisme est encouragé à offrir la formation SIMDUT aux prestataires de services d'imagerie diagnostique.

Le manuel de politiques et procédures a été récemment mis à jour. La dernière version datait déjà de plusieurs années. L'équipe est encouragée à revoir et à mettre à jour annuellement son manuel de politiques et procédures.

L'équipe est encouragée à fournir aux professionnels de la santé qui acheminent des clients les ressources nécessaires pour choisir les examens d'imagerie diagnostique appropriés. Par exemple, l'Association canadienne des radiologistes a élaboré les Lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique de la CAR en vue d'orienter les professionnels de la santé qui acheminent des clients dans leur choix d'examens d'imagerie diagnostique. L'organisme est invité à rendre disponible les lignes directrices aux référents.

Si le consentement à la réalisation des examens diagnostiques est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom du client, il est nécessaire d'indiquer au dossier du client le nom de cette personne, son lien avec le client ainsi que la décision qui a été prise.

L'équipe note au dossier les informations en lien avec l'administration de médicaments. Nous n'avons pas été en mesure de trouver de politique ou procédures écrites concernant l'administration de médicaments tels que les opacifiants.

Tous les rapports sont passés en revue pour en assurer la précision, validée soit par une signature manuscrite ou électronique, et qui comprend le nom du radiologiste qui a dicté le rapport.

L'équipe dispose de certaines politiques et procédures pour traiter les urgences médicales notamment au niveau de l'extravasation, la réaction au produit de contraste et l'arrêt cardiaque en résonance magnétique. L'équipe est encouragée à rédiger des politiques et procédures en lien avec tous les types d'urgence pouvant survenir en imagerie médicale.

L'équipe est invitée à se préparer aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation afin de développer les réflexes nécessaires aux interventions.

Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité. Le processus est conforme, mais en place depuis peu. L'équipe est invitée à poursuivre cette démarche d'amélioration.

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide le personnel, les prestataires de services et les partenaires à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité. Cela aide aussi le personnel d'encadrement à prendre part au processus. Cela aide aussi l'organisme à faire connaître les activités d'amélioration de la qualité réussies à l'intérieur et à l'extérieur de ses murs, de même qu'à démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Il a été noté, lors de la visite, que l'information est présentée aux membres du personnel exclusivement.

L'organisme est encouragé à s'assurer que le matériel se trouvant dans les aires de dispensation de soins et services est conforme à l'utilisation afin d'éviter l'utilisation de matériel périmé. L'organisme est invité à assurer la sécurité de la clientèle dans la salle d'attente de la radiologie lorsque le client est en attente de la réalisation de son examen. L'organisme est aussi invité à assurer la sécurité de la clientèle et du personnel dans le secteur de la résonance magnétique, qui est un secteur isolé.

## Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
2.4 L'équipe tient des dossiers à jour pour toutes les ententes, ce qui inclut tout changement pertinent effectué pour se conformer aux règlements applicables.	
3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.	
8.3 La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	!
9.2 L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire.	
11.3 L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
<p>19.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>19.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	 <b>PRINCIPAL</b>

29.16 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

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

#### Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire

Il y a aux laboratoires du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal une équipe professionnelle, très compétente travaillant dans une belle atmosphère de collaboration tant à l'interne qu'à l'externe. Les traceurs et les rencontres effectués montrent que les utilisateurs du laboratoire, patients, médecins et infirmières, ont une haute opinion de la qualité des services offerts. L'organisme devra cependant prendre garde de ne pas surtaxer les membres de l'équipe par le recours trop fréquent aux heures supplémentaires.

Il existe des échanges réguliers avec les utilisateurs, mais il semble que la récente participation de la responsable qualité du laboratoire aux réunions des cadres de la DSI soit particulièrement aidante.

Les locaux semblent adéquats pour les activités de laboratoire, mais on devrait veiller à éliminer les boîtes qui encombrant le plancher. L'équipe du laboratoire devrait ajouter la mesure de l'humidité dans la surveillance de ses paramètres environnementaux.

Le programme de contrôle qualité interne et externe est exhaustif ainsi que le programme d'assurance qualité. La mise à jour des procédures n'est pas adéquate, mais l'acquisition récente du logiciel de gestion documentaire « Omni-Assistant » devrait être facilitante pour la tâche qui reste à accomplir. Le répertoire des analyses de laboratoire est vraiment à revoir et à diffuser; l'organisme est invité à le rendre disponible via l'intranet.

Quelques indicateurs qualité à travers les différentes sections du laboratoire sont en place, mais l'équipe devra développer des mécanismes de suivi et d'interventions plus optimisés et partager les résultats non seulement aux membres de l'équipe, mais également aux utilisateurs de ses services. Des sondages sur les besoins de la clientèle devront être faits plus fréquemment, l'équipe est invitée à intégrer la nouvelle notion de clients partenaires dans d'éventuels projets touchant entre autres les centres de prélèvement.

Le programme de formation continue gagnerait à être plus accessible à tous les membres de l'équipe et l'organisme est encouragé à être plus proactif dans l'offre des formations.

Le programme de santé et sécurité est complet et fonctionnel. L'organisme est invité à augmenter la fréquence de vérification des douches de sécurité qui se fait une fois par année, pour éviter la formation de rouille. L'organisme est invité à installer un rideau de douche afin d'éviter d'éclabousser les équipements électriques environnants.

On note que beaucoup de temps et d'effort sont mis à la transcription des résultats, donc, l'équipe est invitée à se pencher sur les moyens pour optimiser ce processus.

Le maintien du SIL est exemplaire.

On déplore une désuétude des équipements de biochimie qui se reflètent par des bris de plus en plus fréquents, et qui diminuent régulièrement les temps de réponse au point que les utilisateurs externes ont souligné la problématique. Malgré les conditions actuelles entourant les remplacements d'équipements de laboratoire, l'organisme devra voir à éviter un bris de service qui pourrait compromettre la santé des usagers.

L'équipe est également invitée à mettre rapidement en place la double identification des lames de cytogynécologie.

Toute l'équipe du laboratoire composé d'un personnel très engagé est félicitée et la très grande implication de la responsable qualité du laboratoire est à souligner.

## Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.13 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
7.14 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
8.13 Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
9.1 Le plan de soins individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

13.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.



13.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.



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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les membres de l'équipe sont sensibles au besoin de faire participer les usagers dans leur offre de service. Les objectifs sont établis avec les usagers ou leurs familles, ils ont accès à plusieurs sources d'information et les partenaires sont clairement identifiés et connus. Les usagers sont rencontrés pour formuler leurs opinions et niveaux de satisfaction et ont même participé au plan triennal d'amélioration de la qualité dans une unité. Dans cette unité, les indicateurs ont même été vulgarisés pour faciliter la compréhension par les usagers. Il existe une ambiance de grande transparence et de collaboration.

L'organisme est encouragé à faire participer les usagers et les familles lors des prochains exercices de mise à jour de l'organisation des tâches des membres de l'équipe, de leurs rôles et responsabilités et du processus d'attribution des cas.

##### Processus prioritaire : Compétences

Beaucoup d'emphase est mise dans la formation et le maintien des compétences des membres de l'équipe. Les programmes d'orientation de l'établissement sont complets et utilisés pour tout nouvel employé. La formation auprès des candidates étudiantes à la pratique infirmière (CÉPI) est moins théorique et plus pratique, ce qui semble plaire aux personnes rencontrées. Elles font preuve de beaucoup d'enthousiasme en lien aux opportunités fournies par l'organisation.

Au Pavillon Côte-des-Neiges, la chef de l'unité rencontre les membres de son équipe individuellement pour apprécier le travail et le rendement. Elle fournit la reconnaissance et la rétroaction nécessaire à la bonne gestion d'équipe. Des initiatives simples de reconnaissance mutuelle sont en place et semblent très appréciées. À l'Hôpital de Verdun, des rencontres d'équipe moins formelles sont tenues régulièrement pour partager les bons coups et reconnaître le rendement. Ce sont des moments privilégiés pour échanger entre tous les membres de l'équipe.

L'équipe est invitée à faire participer les usagers et les familles dans le prochain exercice de mise à jour des compétences, du programme de formation et des rôles et responsabilités des membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe est très bien organisée pour offrir des soins et services de qualité. Au Pavillon Côte-des-Neiges, un bilan comparatif des médicaments est complété par une pharmacienne dès l'admission et le médecin complète le bilan au congé. Une coordination efficace est en place, des audits sont effectués annuellement et les résultats sont très élevés. Un processus d'évaluation des risques pour chaque usager est en place. Les liens avec les partenaires sont établis pour assurer une transition efficace de l'usager ou répondre aux besoins de consultation pendant le séjour. Au Pavillon Côte-des-Neiges, les délais d'attente sont courts et ne semblent pas problématiques. À l'Hôpital de Verdun, le bilan comparatif des médicaments n'est pas encore en place, mais le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est réalisé pour tous les usagers et consigné au dossier. Dans toutes les unités visitées, la gestion des médicaments est très rigoureuse, incluant l'identification des usagers.

L'organisation est invitée à poursuivre l'implantation du bilan comparatif des médicaments dans ses installations.

Dès l'admission, l'usager participe à l'élaboration de son plan de soins en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. Des rencontres de coordination hebdomadaires sont en place pour faciliter l'organisation des soins requis et planifier le congé en conséquence. L'équipe s'assure de bien expliquer les éléments à l'usager pour obtenir un consentement éclairé de sa part.

Lors de la visite, les usagers rencontrés ont eu de la difficulté à identifier les moyens pour porter plainte. L'organisme est invité à revoir cet élément dans le processus d'accueil et d'admission des usagers.

Les membres de l'équipe sont très attentifs à bien identifier et bien administrer les soins et les services prévus pour chacun des usagers. Au besoin, le système de déclaration d'événement indésirable est bien connu et décentralisé pour permettre à chacun de consigner lui-même les éléments requis.

Le système anti-fugue du Pavillon Côte-des-Neiges est relié à un outil de géolocalisation permettant une grande liberté pour les usagers tout en assurant leur sécurité.

La majorité des unités de soins de l'installation à l'Hôpital de Verdun sont vétustes et encombrées, ce qui pourrait nuire au rétablissement et à la sécurité des usagers. Le personnel qui prépare les médicaments dans les corridors le fait dans un environnement qui ne permet pas la concentration optimale pour l'administration sécuritaire des médicaments.

L'organisme est invité à revoir l'organisation des unités de soins à l'Hôpital de Verdun pour réduire l'encombrement et à revoir le processus de préparation et d'administration des médicaments pour favoriser une meilleure concentration des employés qui en sont responsables.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les équipes rencontrées possèdent une bonne connaissance des politiques, procédures et modalités entourant les dossiers des usagers et se maintiennent à jour régulièrement. Il y a quelques années, un virage informatique s'est orchestré au Pavillon Côte-des-Neiges, ce qui a créé un levier important pour mieux organiser, gérer et utiliser l'information sur les usagers. La confidentialité est demeurée un élément clé et les systèmes informatiques en place permettent cette rigueur. L'équipe est très à l'aise avec les technologies utilisées aujourd'hui et ne retournerait pas en arrière.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe au Pavillon Côte-des-Neiges a développé, au cours des dernières années, des indicateurs de gestion, des plans d'amélioration avec objectifs mesurables et exploite davantage les systèmes d'information leur permettant de mettre en relation les données cliniques et de gestion pour améliorer les services aux usagers. Une culture de la mesure s'est établie au bénéfice de tous. Les équipes à l'Hôpital de Verdun souhaitent poursuivre dans ce même sens.

L'établissement jouit d'un statut universitaire où plusieurs chercheurs, étudiants et enseignants côtoient les équipes au quotidien, ce qui crée un impact évident sur les services et le milieu. Par contre, lors de la visite, il n'a pas été démontré que les lignes directrices éclairées sont identifiées ou examinées avec l'apport des usagers et des familles. L'équipe est encouragée à inscrire la participation des usagers dans l'identification des lignes directrices.

Au Pavillon Côte-des-Neiges, un plan triennal d'amélioration de la qualité est en cours et les résultats obtenus à ce jour sont positifs. Dans l'ensemble des installations visitées, des projets LEAN ont été développés et les usagers y ont participé activement. L'organisme est encouragé à maintenir le soutien auprès des équipes pour poursuivre les initiatives dans ce sens.

## Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.1 Des critères normalisés sont utilisés pour déterminer si les usagers potentiels ont besoin de services de soins intensifs.	
8.3 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
8.7 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.7.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	<b>PRINCIPAL</b>
8.7.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.7.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>
9.14 La trousse de l'initiative Soins de santé plus sécuritaires maintenant! sur la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV) est mise en oeuvre pour tous les usagers sous ventilation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	

15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

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

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Des patients partenaires ont été impliqués dans le projet de réaménagement de l'unité des soins intensifs. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts en vue d'améliorer le milieu physique des soins intensifs.

L'équipe est invitée à impliquer davantage les usagers et les familles dans la détermination des buts et objectifs du service. L'organisme est encouragé à mettre en place un modèle formel de cogestion clinico-administrative afin d'améliorer la collaboration et la prise de décision en vue d'influencer positivement les résultats.

#### Processus prioritaire : Compétences

La contribution des membres de l'équipe ayant participé aux deux épisodes récents de dons d'organes a été soulignée par des lettres individuelles aux employés concernés.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme est encouragé à mettre en place des critères d'admission et de congé des soins intensifs afin d'optimiser l'utilisation de l'unité. L'organisme est invité à valider son plan d'amélioration de la qualité avec les usagers et leur famille. Le bilan comparatif des médicaments est effectué de façon systématique à l'admission et au départ des soins intensifs. L'outil de dépistage des risques de chutes reste à mettre en œuvre. L'équipe a mis en place des rencontres hebdomadaires interdisciplinaires afin de mieux gérer les cas complexes séjournant aux soins intensifs.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'organisme est encouragé à poursuivre ses démarches afin d'identifier ses besoins en technologie de l'information afin d'améliorer l'efficacité des services et la sécurité des patients.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'organisme est incité à impliquer davantage les usagers et les familles dans les processus décisionnels et à l'élaboration de son plan d'amélioration de la qualité. Des questionnaires de satisfaction de la clientèle et des familles sont faits et les résultats sont utilisés afin d'améliorer les services. Le plan d'amélioration de la qualité est développé par le personnel de première ligne et un suivi hebdomadaire est effectué avec ceux-ci. L'équipe est encouragée à mettre en œuvre des objectifs mesurables et un échéancier précis concernant son plan d'amélioration de la qualité.

La disposition physique de certaines salles/espaces à l'unité des soins intensifs représente des risques importants pour la sécurité des patients. Les mesures compensatoires mises en place se soldent malgré tout en un faible taux d'infection nosocomiale. L'organisme est encouragé à poursuivre son projet d'amélioration de l'infrastructure. Le projet « Optiflow » a récemment permis de réduire de façon significative la durée de séjour aux soins intensifs. L'équipe est invitée à poursuivre son évaluation de cette thérapie et à partager ses résultats avec ses partenaires. On a également mis en place récemment un système de saturométrie en continu à l'étage, ce qui a permis de réduire les admissions aux soins intensifs de patients en post opératoire souffrant d'apnée du sommeil.

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

L'organisme a récemment procédé à deux dons d'organes en provenance des soins intensifs. Le tout s'est déroulé à merveille et a résulté en des commentaires des plus positifs de la part de l'équipe de prélèvement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.17 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
11.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>11.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>
11.7 SOINS EN CONSULTATION EXTERNE SEULEMENT : L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris, en partenariat avec les usagers, les familles ou les soignants, pour un groupe cible d'utilisateurs en consultation externe qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers en consultation externe).	

11.7.1	Les critères pour un groupe cible d'utilisateurs en consultation externe qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.	<b>PRINCIPAL</b>
20.16	Un processus est en place pour assurer un suivi auprès des utilisateurs de la clinique de chirurgie d'un jour.	

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des utilisateurs et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
24.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des utilisateurs et de l'équipe, et ce, avec l'apport des utilisateurs et des familles.	!
25.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme est encouragé à impliquer davantage les utilisateurs et les familles dans ses processus décisionnels.

Les lacunes concernant la stérilisation de même que celles de l'exiguïté des chambres sur l'étage de chirurgie ont été identifiées auprès des dirigeants et des plans d'amélioration ont été élaborés afin d'y remédier.

L'équipe est invitée à réévaluer la pertinence du maintien de certaines procédures chirurgicales telles que les interventions thoraciques et vasculaires en fonction des besoins des utilisateurs, de leur sécurité et de la disponibilité du service dans les centres spécialisés environnants.

Le nouveau service d'endoscopie a été élaboré avec le soutien d'utilisateurs; ceci a contribué à un environnement de soins sécuritaire et centré sur les besoins de la clientèle.

L'organisme est encouragé à mettre en œuvre les principes de cogestion clinico-administrative au sein des équipes de chirurgie afin d'accroître la sécurité des patients et à engager tout le personnel dans les plans d'amélioration de la qualité.

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

L'approche interdisciplinaire est omniprésente sur l'unité de chirurgie par, entre autres, les rencontres quotidiennes pour discuter des cas hospitalisés avec la gestionnaire de cas et les autres membres de l'équipe.

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

Beaucoup d'efforts sont mis en place afin de faciliter l'accès des usagers au plateau technique chirurgical par, entre autres, la facilitation du processus de préadmission et le maintien des listes d'attente raisonnables; l'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches en ce sens. L'équipe dispose d'un programme élaboré d'enseignement préopératoire dans son processus de préadmission. L'évaluation préopératoire est systématique, standardisée, efficace et centrée sur l'utilisateur. L'équipe est incitée à impliquer les usagers et la famille dans son approche d'amélioration continue du continuum chirurgical. L'organisme est encouragé à mettre en œuvre un processus formel de bilan comparatif des médicaments.

L'implication d'une gestionnaire de cas dans le soutien des usagers dans le cadre du continuum chirurgical permet une transition sécuritaire et fluide aux points de transition. Les protocoles mis en place pour les prothèses totales de hanches et de genoux ont permis de réduire la durée moyenne de séjour à moins de 3 jours tout en gardant des taux de réadmission très bas. L'organisme est encouragé à documenter de façon plus précise, avec une politique écrite, les critères de congé de la salle de réveil et du centre de chirurgie d'un jour. L'équipe est encouragée à mettre en place un suivi téléphonique ou équivalent après le congé afin de dépister les transitions problématiques. L'organisme est invité à poursuivre ses démarches, en collaboration avec le service de retraitement, afin de réduire son utilisation de la stérilisation rapide. L'organisme est encouragé à réduire l'encombrement du corridor principal menant aux salles d'opération afin de réduire les risques.

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

L'organisme est encouragé à poursuivre ses démarches d'identification des besoins en technologie de l'information et à optimiser son utilisation des systèmes actuels dont le logiciel « OPÉRA ».

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

L'organisme est encouragé à mettre davantage à contribution les usagers et les familles dans les processus décisionnels concernant les orientations de soins et nouveaux protocoles.

Un projet LEAN ayant pour objectif d'optimiser l'utilisation du temps opératoire a été mis en œuvre et a mené à des améliorations notables. L'organisme est incité à continuer sa surveillance des motifs d'annulation des chirurgies et à apporter des correctifs en fonction des résultats collectés.

Une culture de la mesure et du suivi des indicateurs en continu est à être instituée afin d'assurer une amélioration continue des résultats par les équipes du continuum chirurgical.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion des médicaments au sein du continuum chirurgical est adéquate.

## Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe passe en revue l'information recueillie au sujet de la demande de services transfusionnels afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
2.1 L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
2.3 L'équipe demande régulièrement des commentaires sur la façon d'améliorer l'accès aux services transfusionnels et de régler les délais d'obtention de composants sanguins et de produits sanguins à des fins de transfusion.	
4.2 L'équipe a accès à de la formation continue, du perfectionnement et des activités éducatives.	
5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
6.4 L'équipe s'assure que les aires de travail sont propres.	!
7.5 L'équipe suit des PON pour la maintenance, l'inspection, la validation et l'étalonnage de l'équipement, qui sont conformes aux instructions du fabricant.	
7.7 L'équipe tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, des validations, de l'étalonnage et de la maintenance réalisés sur chaque pièce d'équipement.	

8.2	L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire, y compris la température et les taux d'humidité.	
17.6	L'équipe suit une PON pour le transport des composants sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme.	!
18.4	Lorsqu'il est impossible de se procurer des composants sanguins ayant subi toutes les analyses, l'organisme dispose d'une politique sur la mise en circulation de composants sanguins n'ayant pas subi toutes les analyses exigées dans les situations d'urgence, ce qui exige la présence d'un bordereau de mise en circulation complet, la preuve écrite de l'obtention du consentement éclairé de l'utilisateur ainsi que de l'approbation du médecin du receveur.	!
18.5	Quand le sang est mis en circulation avant que toutes les analyses exigées ne soient effectuées, l'équipe communique les résultats aux membres appropriés de l'équipe dès que l'organisme approprié les lui achemine.	!
18.6	L'équipe consigne chaque cas de mise en circulation effectuée avant que toutes les analyses exigées n'aient été réalisées.	!
21.2	L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.	!
21.3	Il existe une procédure pour informer les receveurs sur les produits sanguins qu'ils ont reçus et qui comprend l'ajout d'une note au dossier de l'utilisateur.	!
21.4	L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!
21.5	Lorsqu'un utilisateur est incapable de donner son consentement libre et éclairé, l'équipe a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou à des directives préalables, le cas échéant.	!
25.1	L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des utilisateurs, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	

25.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.

25.11 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

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

#### Processus prioritaire : Services transfusionnels

D'entrée de jeu, nos observations au niveau du service de médecine transfusionnelle ont permis de constater qu'il est bien structuré. Le personnel qui y œuvre tant au niveau clinique qu'au niveau technique, travaille avec un grand professionnalisme et possède les compétences requises.

Le service de médecine transfusionnelle est associé au CHUM, centre désigné. L'implication du centre désigné devrait être accentuée, notamment par des visites sur une base plus fréquente tant pour le niveau clinique que le niveau technique. Les ententes avec le centre désigné devront être revues.

La préparation et l'administration d'un produit sanguin sont effectuées de manière sécuritaire. La formation continue n'est pas présente sur une base régulière. L'équipe est encouragée à se doter d'un plan de formation continue pour tout le personnel clinique et technique.

Plusieurs outils de travail facilitant la réalisation des diverses interventions sont disponibles autant pour le personnel clinique que pour le personnel technique.

Nous avons été en mesure de constater, de la part des utilisateurs du service de médecine transfusionnels, que l'accessibilité aux services répond adéquatement à leurs attentes que ce soit en situation d'urgence ou de routine.

Les outils permettant de discuter des risques à la transfusion avec le client sont disponibles. Nous n'avons pas été en mesure de constater s'ils étaient utilisés. Aucune trace du consentement à la transfusion n'a été retrouvée lors de la consultation des dossiers avec transfusion, que ce soit en urgence ou en routine. L'équipe devra aussi mettre en place un mécanisme de notification au receveur.

La notion d'indicateurs qualité est connue. Certains indicateurs ont été ciblés et devront être évalués sur une base régulière. L'équipe est encouragée à transmettre les résultats au personnel et, si nécessaire, à trouver des pistes de solutions toujours en lien avec les objectifs d'amélioration continue visés.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.5 Le nombre d'usagers qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus fait l'objet d'un suivi et des stratégies sont mises en place pour améliorer les présences avec l'apport des usagers et de leur famille.	
8.6 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
8.6.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

- 10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- |      |  |   |
|------|--|---|
| 13.2 | La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.                                       |   |
| 13.3 | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.                         | ! |
| 13.4 | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.  | ! |
| 13.5 | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques. | ! |
| 14.3 | Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.  | ! |
| 14.6 | Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.  | ! |
| 15.4 | Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.                                    |   |

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe connaît très bien le profil qui constitue sa clientèle. Elle offre des services à une clientèle diversifiée. L'équipe a le souci de répondre à leurs besoins dans les brefs délais. Dans certaines situations, l'équipe augmente l'offre de service pour répondre à la demande. Les temps d'attente sont suivis et sont négligeables dans plusieurs services. Dans ces services, les heures d'ouverture répondent aux besoins de la clientèle.

Il existe une excellente collaboration entre les partenaires internes, externes et communautaires afin de répondre aux besoins de la clientèle. De plus, l'équipe de gestion implique les équipes de base dans la prise de décision ou sous forme de consultation. Un projet LEAN a eu lieu en 2013 dans le secteur des cliniques externes afin d'améliorer le fonctionnement. Le personnel se dit maintenant très satisfait de ce fonctionnement. L'équipe a identifié ses principaux défis pour les prochaines années et est en mode réflexion pour établir des stratégies pour les atteindre.

La forte collaboration, entre les médecins et les autres professionnels des cliniques externes et de l'équipe SCPD en gérontopsychiatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), contribue à offrir des services de haute qualité. Des liens de partenariat avec les prestataires du continuum de services aux personnes âgées sont présents. L'équipe est invitée à développer ces liens dans le contexte du nouveau CIUSSS.

Au centre de jour du Pavillon Alfred Desrochers, la programmation diversifiée et pertinente va au-delà de l'occupationnel. Elle couvre quatre aspects notamment les aspects sociaux, cognitifs, le bien-être et les habitudes de vie. Les intervenants rencontrés témoignent d'un souci d'adaptation des activités au profil de la clientèle. Les espaces sont optimisés en s'inspirant du milieu de vie.

À l'hôpital de jour et aux services ambulatoires de réadaptation de la clientèle adulte (SARCA), au Manoir-de-L'Âge-D'Or, des documents bien conçus permettent d'informer les usagers de l'offre de services. L'organisme est invité à revoir l'allocation des ressources et l'aménagement des espaces dans le contexte d'une forte pression sur la demande de services notamment pour le volet SARCA.

### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel a les compétences et les titres nécessaires pour la dispensation des soins. Les membres de l'équipe sont évalués régulièrement par les gestionnaires en place et des objectifs d'amélioration sont précisés. Dans tous les secteurs, le personnel reçoit de la formation et est invité à la diffuser aux autres membres de l'équipe. De plus, les membres sont consultés sur leurs besoins de formation. Des activités de reconnaissance ont lieu pour le personnel notamment les coups de chapeau. Chaque secteur a un programme d'orientation spécifique pour le nouveau personnel. En médecine de jour, l'équipe est invitée à revoir ce programme en fonction d'objectifs d'apprentissage.

Au CLSC Verdun, certains titres d'emploi font des activités de soins ou des tâches qui pourraient être faites par une autre personne. L'équipe est encouragée à optimiser l'utilisation des ressources. En hémodialyse, l'équipe est encouragée à revoir les rôles et responsabilités des intervenants pour s'assurer de respecter le champ de compétence des différents membres du personnel.

Une formation sur les pompes à perfusion a eu lieu. L'équipe est à préparer l'arrivée de nouvelles pompes dans les prochaines semaines. La formation du personnel a déjà été diffusée. Les différentes équipes travaillent en étroite collaboration et en harmonie. Un respect, une confiance et une cohésion d'équipe font partie prenante des différentes valeurs de ces équipes. Tous ces professionnels ont comme intérêt le bien-être et la sécurité de leur clientèle respective. Les familles sont invitées à prendre part aux activités de soins et aux séances d'enseignement lorsque la situation se présente. Il faut noter

l'implication de la famille dès la première rencontre dans le secteur de la suppléance rénale, et ce, tout au long du continuum de soins. Dans les différents secteurs, des rencontres interdisciplinaires ont lieu afin de discuter de cas complexes et d'établir des plans de traitement communs. La charge de travail est évaluée régulièrement et une analyse des besoins est faite pour documenter la situation.

Aux cliniques externes et dans l'équipe SCPD en gérontopsychiatrie de l'IUGM, de nombreuses opportunités de perfectionnement sont offertes aux intervenants et concernent notamment les modèles de soins spécialisés et la sécurité des pratiques. Les professionnels rencontrés démontrent un haut niveau d'expertise. Ces secteurs d'activités sont encouragés à intensifier les initiatives de transfert des connaissances au sein des CIUSSS et dans d'autres établissements du réseau.

Au centre de jour du Pavillon Alfred Desrochers, la petite équipe est formée de professionnels très qualifiés et saisissant bien le sens de leur mission. L'équipe est encouragée à tisser des liens avec les autres centres de jour du CIUSSS dans une optique d'échange des bonnes pratiques.

À l'hôpital de jour et au SARCA au Manoir L'Âge D'Or, le programme d'accueil et d'intégration est bien structuré. Il en est de même pour l'exercice d'appréciation de la contribution. Les descriptions de fonctions sont accessibles et le contenu est à jour. Les activités de formation répondent aux besoins des intervenants et favorisent la modernisation des pratiques. L'équipe est invitée à renforcer les liens avec les autres constituantes du CIUSSS, notamment l'IUGM, dans une optique de transfert des connaissances.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors de la première visite au CLSC, un guide d'accueil est remis à la clientèle. Des dépliants sont remis dont un porte sur la sécurité de la clientèle. L'équipe répond promptement aux besoins de la clientèle. Elle a le souci de donner des soins de qualité. La clientèle se dit satisfaite de l'attitude du personnel qui la soigne avec respect et dignité. Les soins sont donnés avec diligence et sont de qualité. Les patients et les familles sont invités à faire les soins après avoir reçu un enseignement personnalisé. Le consentement aux soins est signé. Cependant, l'équipe d'hémodialyse est encouragée à faire signer un consentement lors de la prise de photos. L'équipe est fière de ses actions novatrices auprès de la clientèle. L'observation des pieds afin de détecter les problématiques, l'instauration d'une clinique d'hémodialyse dans un milieu d'hébergement et la clinique de relance au CLSC sont à souligner.

L'équipe est au courant de l'existence du comité d'éthique particulièrement en hémodialyse. En hémodialyse, la prévention des chutes et la réadaptation cardio-pulmonaire et musculaire ont été citées comme pratique exemplaire novatrice par Agrément Canada en 2011. Il est intéressant de constater que l'équipe poursuit cette activité en 2016. Les patients consultés se disent très satisfaits de cette pratique et voient des améliorations notables dans leur état de santé. Par contre, en médecine de jour, elle n'est pas faite. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour implanter cette politique dans l'ensemble de ces secteurs.

Les cliniques externes et l'équipe SCPD en gérontopsychiatrie de l'IUGM, présentent un excellent système de gestion des rendez-vous. On gère rigoureusement les niveaux de priorités et les délais d'attente. La

démarche d'évaluation et le plan d'intervention sont réalisés en partenariat avec l'utilisateur et la famille. Le bilan comparatif des médicaments n'est toutefois pas conforme aux critères attendus. Un programme de prévention des chutes est appliqué. Les règles relatives à la double identification de l'utilisateur sont respectées. À la suite de l'intervention en soins ambulatoires, un résumé de dossier est posté au médecin qui a référé le client. L'équipe est invitée à évaluer la qualité de ce processus.

Le centre de jour du Pavillon Alfred Desrochers gère efficacement son processus d'admission. L'accessibilité est bonne et la liste d'attente tient compte des niveaux de priorités. L'équipe est invitée à tisser des liens plus étroits avec les services de soutien à domicile des CLSC environnants afin de promouvoir l'utilité des services en centre de jour dans le continuum de soins aux aînés. Un guide d'accueil fort bien fait est remis à l'utilisateur. Un plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré et mis en œuvre en associant le client et sa famille.

À l'hôpital de jour et au SARCA du Manoir-de-L'Âge-D'Or, la gestion rigoureuse des listes d'attente s'appuie sur des critères de priorisation. Les intervenants associent les usagers dans l'élaboration du plan de soins, ainsi qu'à chaque étape du processus d'intervention. L'équipe se préoccupe de faire connaître la pertinence de ces services auprès des organismes qui réfèrent les clientèles comme le soutien à domicile, les GMF, etc. Quant au bilan comparatif des médicaments, il a été mis en place récemment pour les usagers non connus des services de soutien à domicile. L'équipe est invitée à se conformer pleinement à cette pratique.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque usager a un dossier complet tenu à jour par chaque professionnel qui lui donne des soins. Cependant, ces dossiers spécifiques sont en permanence dans les locaux de la clinique. L'équipe est encouragée à faire une note dans le dossier de l'établissement afin d'assurer la continuité des soins si l'utilisateur doit se rendre dans un autre service. Une politique de tenue de dossier est en place et guide les intervenants pour les règles à respecter. Du côté de l'hémodialyse, les infirmières utilisent un système informatisé alors que les néphrologues utilisent le dossier papier. L'établissement est invité à utiliser le même outil pour que l'information soit disponible pour tous les intervenants.

Au centre de jour du Pavillon Alfred Desrochers, le dossier n'est pas informatisé. La tenue de dossier est rigoureuse et reflète bien l'approche interdisciplinaire. À l'hôpital de jour et au SARCA au Manoir-de-L'Âge-D'Or, les pratiques de tenue de dossier sont rigoureuses et font l'objet d'une évaluation périodique. L'organisme est invité à aller de l'avant avec le projet de numérisation et d'informatisation du dossier pour mieux soutenir la pratique clinique.

Aux cliniques externes et dans l'équipe des symptômes comportementaux et psychologiques de démence (SPCD) de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), les dossiers informatisés OASIS et Clinibase présentent une tenue de dossiers rigoureuse où l'information est ordonnancée par épisode de soins. Un bon contrôle est exercé par les archivistes en regard des pièces numérisées versées au dossier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il n'y a pas ou il y a très peu de plaintes dans ces secteurs. L'équipe justifie cette situation par la proximité des équipes de travail avec la clientèle et surtout de leur volonté de répondre promptement à leurs demandes. L'équipe s'assure de donner des soins selon les données probantes et les meilleures pratiques. En néphrologie, des activités de recherche sont faites en partenariat avec l'Université de Montréal. Une culture de déclaration des incidents/accidents est présente dans les différents secteurs. L'équipe analyse les différentes situations et fixe des objectifs d'amélioration afin d'éliminer le risque. Les usagers et les familles ne sont pas nécessairement associés au processus de décision. L'équipe est encouragée à inclure les usagers et la famille dans les processus de décision.

Dans le contexte d'une installation avec une mission universitaire, les professionnels des services externes et de l'équipe SCPD de l'IUGM tirent avantage d'un environnement propice à l'introduction de pratiques exemplaires. La production de certains indicateurs de qualité a cessé pendant l'implantation du CIUSSS. L'équipe est encouragée à réintroduire ces outils de gestion.

Le centre de jour du Pavillon Alfred Desrochers produit un rapport annuel qui rend compte du portrait de la clientèle, des indicateurs de rendement et des activités cliniques. Des données sont disponibles sur une base périodique et servent à gérer divers aspects des opérations.

À l'hôpital de jour et au SARCA du Manoir-de-L'Âge-D'Or, le comité d'amélioration continue est bien implanté et les usagers sont concertés dans le développement d'outils visant la clientèle. L'équipe est félicitée pour les nombreux audits et sondages sur la qualité impliquant les usagers. Des tableaux de bord regroupent des indicateurs de qualité et de risques, ainsi que des données opérationnelles. Cette information partagée avec les équipes contribue au développement d'une culture de la performance. L'organisme est encouragé à s'inspirer de ces acquis dans le développement des outils de gestion ailleurs dans le CIUSSS.



3.8.5	L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.</li> <li>• Examiner les données tirées des pompes intelligentes.</li> <li>• Examiner les évaluations des compétences.</li> <li>• Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</li> </ul>	SECONDAIRE
3.8.6	Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.	SECONDAIRE
3.15	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.17	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
7.1	La relation avec chaque résident est ouverte, transparente et respectueuse.	
7.9	Le consentement éclairé du résident est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.5	Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec le résident, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	POR
8.5.2	Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et tous les écarts entre les sources d'information sont décelés, réglés et consignés.	PRINCIPAL
8.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	POR
8.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE

<p>8.7 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>8.7.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	<p></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<p>8.8 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>8.8.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>9.4 Les protocoles de traitement sont suivis systématiquement pour offrir la même qualité de soins à tous les résidents dans tous les milieux.</p>	<p></p>
<p><b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b></p>	
<p>13.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque résident, en partenariat avec le résident et sa famille.</p>	<p></p>
<p>13.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.</p>	<p></p>
<p>14.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les résidents.</p>	
<p><b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b></p>	
<p>17.9 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.</p>	<p></p>
<p><b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b></p>	
<p><b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b></p>	

Une myriade de partenariats communautaires est établie au sein de ce directeurat.

La conception des services est bien adaptée à la clientèle pour la majorité des centres. Toutefois, les locaux et les aires de soins du Centre d'Hébergement du Manoir-de-L'Âge-d'Or méritent d'être évalués sérieusement par l'organisation. Les espaces de soins sont très contraignants altérant ainsi les meilleures pratiques de sécurité, de salubrité et de prévention des infections. L'environnement ne contribue pas à une qualité de vie des résidents et des professionnels. Néanmoins, il faut souligner les efforts de l'équipe qui font preuve de créativité pour améliorer cette situation qui est fort difficile.

Plusieurs améliorations dans l'optimisation des rôles du personnel soignant ont été ou sont en cours de réalisation à la suite d'un exercice d'étalonnage. Un projet d'informatisation du carnet des tâches chez les préposés aux bénéficiaires a vu le jour récemment. Ce renouvellement de l'outil de communication et de plan de travail individualisé a le mérite de rehausser la contribution de ce joueur clé dans les services de soins de longue durée. L'équipe est invitée à étendre l'application de cette nouvelle version à tous.

### Processus prioritaire : Compétences

L'ensemble des équipes rencontrées a permis de constater une forte approche interdisciplinaire des plus collaboratives dans laquelle il est noté une grande maturité des membres et un souci de l'efficacité des interventions et des pratiques.

L'intégration systématique du concept de patient ou famille partenaire est impressionnante et mérite d'être soulignée. Celle-ci est bien appréciée par tous notamment, les résidents et les membres de leur famille contribuant à rehausser le milieu de vie ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels.

Certains ont même changé l'appellation de rencontre interdisciplinaire pour rencontre en interaction favorisant ainsi une vision plus positive.

Concernant le processus de mesure de la charge de travail, celui-ci est effectué sur une base historique de l'état de la clientèle ou du plan de traitement. Cependant, avec le vieillissement de la population jumelé à la lourdeur des facteurs de comorbidité actuels ou futurs de cette population, l'équipe est invitée à se doter d'outils plus rigoureux pour mesurer l'acuité de la clientèle. Cela aura pour effet de faire en sorte d'établir un équilibre dans l'attribution juste des ressources.

Au centre Paul-Émile-Léger, l'équipe est invitée à améliorer le respect de l'intimité de l'utilisateur lors des baignades dans les salles communes.

Plusieurs séances de formation ont été rendues disponibles aux membres de l'équipe dans la dernière année. Par exemple, la notion de patient partenaire, l'approche gériatrique pour la réduction de la violence au travail pour en nommer quelques-unes.

La mise en place d'une salle de réduction sensorielle dans plusieurs centres est en pleine effervescence ce qui est tout à l'honneur des équipes et donne déjà des résultats très positifs.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès au service des soins de longue durée est bien rodé et coordonné. Actuellement, l'organisation compte quelques lits vacants en raison d'un accès amélioré aux soins intermédiaires.

La relation du patient partenaire est présente dans l'ensemble des centres tant dans l'élaboration des plans de traitement conjoint qu'à l'accueil où le comité des résidents joue un rôle important dans la mise en disponibilité d'informations pratiques sur les rôles et les responsabilités des résidents et la raison

d'être du comité. Plusieurs activités d'accueil en collaboration avec ces comités sont mises en oeuvre dans le but de faciliter la transition du domicile à un milieu de vie.

Le programme de prévention des chutes et des plaies est fait dès l'admission et par intervalle continu. C'est un excellent début, cependant l'équipe est invitée à faire l'analyse des résultats pour en évaluer les tendances et en ressortir des améliorations, le cas échéant. L'attribution de cibles réalisables est également souhaitable et est soutenue par une diffusion des résultats qui permettra de concrétiser davantage les efforts déployés à son maintien au plus bas niveau possible.

L'approche de soins en fin de vie est présente comprenant dans la majorité des centres, une chambre dédiée à cette étape du cycle de vie de l'individu. Toutefois, certains centres n'ont pas ce genre de chambre pour laquelle l'organisation est invitée à revoir son offre de service.

Les professionnels confirment un accès adéquat en temps opportun aux divers services du plateau technique.

La prévention de la maltraitance est un sujet bien connu et une valeur partagée au sein des équipes. Un protocole clinique est présentement en attente d'approbation à cet égard.

Pour sa part, la prévention du suicide requiert un meilleur encadrement par un processus structuré, et ce, pour l'ensemble des résidents et non seulement lorsque l'on remarque un changement de l'axe psychosocial de ce dernier.

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

L'équipe des soins de longue durée compose avec une variété d'outils associée à la gestion documentaire. Plusieurs d'entre eux sont déjà semblables ce qui facilitera le travail de mise en oeuvre d'un tronc commun accentuant ainsi l'intégration conjointe des meilleures pratiques.

Le processus de cueillette de données à l'accueil est bien établi dans lequel l'ensemble des intervenants y contribue de façon proactive. Également, des suivis systématiques pour chaque résident se font selon un calendrier de discussion ou plus fréquemment, le cas échéant. Le résident ou un membre de sa famille est présent lors des échanges et la mise en oeuvre du plan de traitement.

Les questions d'ordre éthique sont cernées lorsqu'elles se présentent. Les équipes discutent ouvertement en interdisciplinarité le dilemme éthique facilitant l'orientation de la conduite des soins. Le processus d'accès au comité d'éthique clinique de l'organisation est connu, mais peu utilisé, car le besoin ne se fait pas ressentir. À certains centres, des présentations de cas ont permis d'entreprendre des discussions et des échanges riches entre les parties. L'organisme est invité à mettre en oeuvre des séances de ce genre dans d'autres centres.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La sécurité des résidents et de son personnel est bien ancrée dans les processus de soins. Le personnel est très à l'aise à procéder à la déclaration des erreurs et des incidents.

L'équipe est invitée à rehausser son processus d'analyse des résultats tout en intégrant une pratique d'analyse comparative de ces derniers. Cette rigueur de la mesure ne fera qu'améliorer le processus de gestion des risques et de la qualité.

Un plan de travail détaillé est élaboré et mis en oeuvre pour l'ensemble de la direction des soins de longue durée. Une approche systématique de ce genre est à souligner, car elle démontre un fort leadership administratif.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
4.1 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.	!
4.6 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
5.8 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.6 Si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager.	
8.6.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.	<b>PRINCIPAL</b>

8.6.2	Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas) et consigné au dossier.	PRINCIPAL
8.6.3	Les écarts entre les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.6.4	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
8.6.5	L'utilisateur et la famille sont informés de la façon de partager la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL
9.10	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	 SECONDAIRE
9.10.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	SECONDAIRE
10.7	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.8	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

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

Aux services de soutien à domicile (SAD), l'équipe de gestion n'interpelle pas directement les usagers et les familles dans la conception des services ou dans toute autre démarche de nature clinico-administrative. Il importe de développer ce type de pratiques collaboratives. Les services de soutien à domicile du CLSC travaillent en étroite collaboration avec de nombreux partenaires de la communauté et certains contrats et protocoles d'entente sont formalisés.

À la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul, la coordination des services avec ceux offerts par le partenaire est bonne. L'équipe est invitée à formaliser les politiques, procédures et autres documents de gestion afin de favoriser un meilleur encadrement des activités cliniques.

À la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, les membres de l'équipe ont une maîtrise complète des moyens pour atteindre les buts et objectifs établis pour les usagers. La coordination avec le partenaire est fluide et efficace. Il existe une belle culture de collaboration au bénéfice des usagers. Ils reconnaissent par contre le besoin de poursuivre les discussions sur les rôles et responsabilités afin de réduire les ambiguïtés entre le personnel de la ressource et du SAD.

### Processus prioritaire : Compétences

Aux services de soutien domicile (SAD), l'accueil et l'orientation du nouveau personnel sont bien structurés. De nombreuses activités de formation continue sont offertes au personnel en lien avec leur domaine de pratique et portant également sur des matières de sécurité comme l'usage des pompes à perfusion. L'organisme est invité à offrir de la formation traitant spécifiquement des décisions d'ordre éthique, de même que de la formation sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail.

Au SAD, l'évaluation du rendement est réalisée tous les deux ans et elle est accueillie de manière constructive. L'approche collaborative interdisciplinaire est en voie d'implantation. L'équipe de SAD est encouragée à consolider ces pratiques en intégrant l'usager aux rencontres des équipes interdisciplinaires. L'organisme est invité à instaurer dans l'ensemble du SAD un processus formel d'évaluation du fonctionnement en équipe.

Des descriptions de fonctions sont rédigées selon le modèle convenu avec la direction des ressources humaines. Des mécanismes assurent une gestion équitable et équilibrée des charges de travail. Une structure d'encadrement et de supervision clinique permet de bien soutenir les professionnels.

Les intervenants de la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul bénéficient des nombreuses activités de formation offertes aux intervenants des services de soutien à domicile. Le perfectionnement inclut également des formations en matière de sécurité. Toutefois, l'organisme est invité à mieux structurer le programme d'accueil et d'intégration du nouveau personnel.

À la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, beaucoup d'emphase est mise sur la formation et le maintien des compétences des membres de l'équipe. Les programmes d'orientation de l'établissement sont complets et utilisés pour tout nouvel employé. Les personnes rencontrées détiennent l'expertise pour les tâches dévolues et travaillent en approche collaborative avec le partenaire. Cependant, l'établissement est invité à revoir l'organisation du travail pour déléguer les rôles et responsabilités appropriées à chaque titre d'emploi.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Aux services de soutien à domicile (SAD), l'équipe encourage les usagers à s'impliquer activement dans leurs soins et services. Un intervenant pivot est désigné pour coordonner les services offerts à l'usager. Le recours à la main-d'oeuvre indépendante pouvant faire entrave à la continuité des services, l'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts de réduction de ce type de ressources. Les professionnels connaissent l'existence du comité d'éthique clinique et peuvent y référer au besoin. Un programme de

prévention des chutes est mis en place, de même qu'en matière de soins de la peau et des plaies. L'utilisation de deux identificateurs uniques à la personne est bien respectée par les intervenants. L'évaluation des risques en matière de sécurité est complétée pour tous les clients. L'équipe est invitée à mettre en place, dans l'ensemble du SAD, des mécanismes d'évaluation de la qualité du transfert de l'information aux points de transition.

À la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul, l'équipe a le souci d'offrir des services de qualité et elle le fait en collaboration étroite avec les services de soutien à domicile, partageant d'ailleurs plusieurs outils cliniques. L'équipe est invitée à associer plus étroitement l'utilisateur et sa famille à l'élaboration et au suivi du plan d'intervention. Les pratiques de double identification du patient et de prévention des chutes sont bien implantées.

À la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, l'équipe est bien organisée pour offrir des soins et services de qualité. Le fait d'avoir en permanence sur les lieux une équipe du service de soutien à domicile est un facteur majeur de succès. Elle permet l'accès rapide et probablement plus adéquat aux services, évitant ainsi des transferts inutiles vers les services d'urgence. Des médecins sont aussi sur place pour améliorer l'offre de services. L'équipe ne dispose présentement pas d'indicateurs de résultats tels que le nombre de visites évitées à l'urgence, mais prévoit un projet dans ce sens. Les intervenants disposent de tous les outils des services de soutien à domicile pour soutenir son offre de services. Des rencontres de coordination sont tenues régulièrement entre l'équipe et le partenaire, facilitant ainsi le cheminement de l'utilisateur et la réponse aux besoins.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Aux services à domicile, la numérisation du dossier de l'utilisateur et l'accès à d'autres logiciels cliniques facilitent la décision clinique et contribuent à la continuité de services. Des irritants perdurent toutefois au plan informatique, car il y a des problèmes de connexion, des lenteurs de système, etc. Il importe d'y remédier en s'assurant de mettre la technologie au profit de l'efficacité clinique. L'organisme est aussi encouragé à mettre en place un processus systématisé d'évaluation de la tenue de dossier pour l'ensemble des services à domicile.

À la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul, des dossiers papier sont conservés localement. Relativement à la tenue de dossier, l'organisme est invité à regrouper les volets santé et social. L'organisme est aussi encouragé à informer le personnel de la politique sur l'accès au dossier.

À la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, les équipes rencontrées possèdent une bonne connaissance des politiques, procédures et modalités entourant les dossiers des usagers et les maintiennent à jour régulièrement. Ils ont accès aux systèmes informatiques du CIUSSS pour faire leur travail, mais les liens internet sont parfois interrompus ce qui n'est pas idéal pour demeurer efficace. Des dossiers papier sont conservés sur place. Bien qu'ils soient conformes aux politiques en place, l'organisme est invité à tenir un seul dossier CIUSSS pour chaque usager.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Aux services de soutien à domicile (SAD), les personnes responsables des pratiques professionnelles et les conseillères en activités cliniques contribuent à l'introduction de bonnes pratiques cliniques chez les intervenants. Les usagers et les familles ne sont toutefois pas impliqués dans le choix des lignes directrices, ni dans l'élaboration de procédures et de protocoles liés à la prestation de services, ni dans le fait de cerner les risques en matière de sécurité. L'équipe est invitée à inclure les clients et les familles dans les activités. Au SAD, il y a de bonnes pratiques de déclaration, de divulgation et d'analyse des incidents liés à la sécurité. Des projets d'amélioration sont soutenus par les équipes qualité, auxquelles participe un patient partenaire.

L'équipe SAD démontre une forte préoccupation pour la performance découlant entre autres, d'une importante démarche d'optimisation. Certains secteurs d'activités possèdent des tableaux de bord de gestion qui auraient avantage à être implantés plus largement dans l'ensemble des services de soutien à domicile.

L'équipe de la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul est invitée à consolider sa démarche d'amélioration en précisant les projets qualité et en associant les résidents et leur famille. L'équipe est aussi invitée également à associer plus étroitement le partenaire aux activités de gestion des risques. L'équipe se réfère à certaines données de gestion dans ses opérations quotidiennes, mais elle est invitée à structurer un tableau de bord de gestion intégrant les données relatives aux projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité et à partager le contenu avec l'équipe.

À la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, l'équipe détient une bonne connaissance des données de gestion et de production de la direction. Par contre, elle désire mettre en place un tableau de bord spécifique lui permettant de mieux mesurer les impacts de leur structure et de leur organisation du travail sur les services offerts au partenaire et aux usagers. L'organisme est invité à soutenir l'équipe dans leurs projets d'amélioration continue.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Aux services de soutien à domicile, le bilan comparatif des médicaments n'est pas pleinement implanté dans l'ensemble des secteurs d'activités. L'organisme est invité à étendre la pratique qui s'est développée dans certains secteurs, à l'ensemble des services à domicile.

À la ressource intermédiaire L'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul et à la ressource intermédiaire Maison D'Émilie, le bilan comparatif des médicaments n'est pas intégré aux pratiques cliniques. L'organisme est invité à inclure ces deux installations dans le plan d'implantation du bilan comparatif des médicaments et à tirer avantage de l'expertise développée aux services de soutien à domicile.

## Annexe A - 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 dispositifs médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

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

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

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