



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Montréal, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 novembre 2022

Date de production du rapport : 27 janvier 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	21
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	27
Résultats détaillés de la visite	29
Résultats pour les manuels d'évaluation	30
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	30
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	32
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	51
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	55
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	57
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	59
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	61
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	63
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	66

Programme Qmentum

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	68
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	73
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	78
Ensemble de normes : Télésanté	78
Annexe A - Programme Qmentum	81

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 novembre 2022**

- **Emplacements**

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

1. Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau
2. CLSC Ste-Catherine
3. CLSC de Saint-Louis-du-Parc
4. CLSC de Verdun
5. CLSC Île-des-Sœurs
6. CLSC Visitation
7. GMF Chemin de la Station Saint-Henri CLSC Saint-Henri
8. GMF-U Notre-Dame
9. GMF-U Verdun
10. Hôpital de Verdun
11. Hôpital et CRDP IRGLM-Charles W. Lindsay
12. Hôpital Notre-Dame
13. Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux

- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	0	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	99	6	2	107
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	430	22	69	521
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	20	3	0	23
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	409	17	45	471
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	63	7	1	71
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	355	42	30	427
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	29	0	6	35
Total	1418	97	153	1668

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	46 (90,2%)	5 (9,8%)	0	60 (89,6%)	7 (10,4%)	5	106 (89,8%)	12 (10,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	42 (97,7%)	1 (2,3%)	5	82 (97,6%)	2 (2,4%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	57 (89,1%)	7 (10,9%)	4	101 (93,5%)	7 (6,5%)	4

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	48 (92,3%)	4 (7,7%)	24	68 (98,6%)	1 (1,4%)	16	116 (95,9%)	5 (4,1%)	40
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	24 (92,3%)	2 (7,7%)	2	48 (92,3%)	4 (7,7%)	8	72 (92,3%)	6 (7,7%)	10
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	81 (98,8%)	1 (1,2%)	0	58 (98,3%)	1 (1,7%)	5	139 (98,6%)	2 (1,4%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	27 (93,1%)	2 (6,9%)	0	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0	68 (95,8%)	3 (4,2%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	72 (98,6%)	1 (1,4%)	4	49 (89,1%)	6 (10,9%)	7	121 (94,5%)	7 (5,5%)	11
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	6 (100,0%)	0 (0,0%)	30	20 (83,3%)	4 (16,7%)	28	26 (86,7%)	4 (13,3%)	58
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	429 (96,0%)	18 (4,0%)	60	504 (94,0%)	32 (6,0%)	78	933 (94,9%)	50 (5,1%)	138
Services généraux									

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	15 (100,0%)	0 (0,0%)	2	19 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	16 (100,0%)	0 (0,0%)	2	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0	57 (98,3%)	1 (1,7%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	31 (83,8%)	6 (16,2%)	1	44 (95,7%)	2 (4,3%)	3	75 (90,4%)	8 (9,6%)	4
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	36 (97,3%)	1 (2,7%)	4	62 (96,9%)	2 (3,1%)	5
Total	140 (94,6%)	8 (5,4%)	66	233 (98,3%)	4 (1,7%)	7	373 (96,9%)	12 (3,1%)	13
Télésanté									

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Ensemble de normes : Télésanté	13 (61,9%)	8 (38,1%)	0	21 (65,6%)	11 (34,4%)	0	34 (64,2%)	19 (35,8%)	0
Total	13 (61,9%)	8 (38,1%)	66	21 (65,6%)	11 (34,4%)	0	34 (64,2%)	19 (35,8%)	0
Total	582 (94,5%)	34 (5,5%)	66	758 (94,2%)	47 (5,8%)	85	1340 (94,3%)	81 (5,7%)	151

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	2 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	2 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	0 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	2 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) offre des services à une population qui occupe un territoire couvrant une superficie de 46 km². Il est au cœur de la ville de Montréal, ce qui le rend particulièrement sensible aux enjeux auxquels une population dense est confrontée.

Détenant plusieurs désignations universitaires, il est un acteur clef par sa contribution majeure à la formation académique ainsi qu'au développement et au partage des savoirs scientifiques.

L'établissement offre des soins et services dans plusieurs réseaux locaux de services et s'adresse à une clientèle diversifiée des secteurs de Faubourg, de Plateau Mont-Royal et de Saint-Louis-du-Parc. Le second secteur est celui de Verdun, Côte-Saint-Paul, Ville-Émard, Saint-Henri, Petite-Bourgogne et Griffintown. Cette portion de territoire est en croissance et les profils démographique et économique tendent à changer. Une demande plus élevée d'accès aux soins et services est anticipée pour le secteur de Verdun sud-ouest.

En plus d'offrir des soins et services à la population de son territoire de desserte, le CCSMTL offre des soins et services à toute la population de Montréal au niveau de plusieurs secteurs spécialisés. L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (pour les personnes âgées), les centres de réadaptation en dépendance (drogues et autres dépendances), les centres de réadaptation en déficience physique, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, les centres jeunesse.

L'Hôpital Notre-Dame a été intégré au CCSMTL en 2017 et a représenté un défi d'envergure pour l'établissement. La clientèle revient progressivement dans l'établissement qui a perdu près de 50 % de ses effectifs cliniques et la quasi-totalité des médecins lors de l'intégration.

La mission de l'établissement est de veiller à la santé et au bien-être de la population des réseaux locaux en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité. Les valeurs de l'établissement sont le respect, l'engagement, la passion, la collaboration et le désir de se dépasser.

La présente visite d'agrément du 21 au 25 novembre 2022 concerne la séquence 3, du cycle de 5 ans, du programme Qmentum adapté aux établissements publics du québécois de la santé et des services sociaux.

Les programmes-services Santé physique et Services généraux, de même que les services offerts en télésanté sont évalués dans le cadre de cette visite.

Les équipes se sont bien préparées à la visite. L'établissement est encouragé à se doter d'un programme intégré d'amélioration continue de la qualité en incluant toutes les facettes de la qualité et de la sécurité de la clientèle.

Comme tous les établissements du Québec, le CCSMTL a été impacté par la pandémie et de nombreux efforts ont été déployés pour répondre aux besoins populationnels tout en maintenant les activités et les services à la population. Le délestage des équipes au moment des premières vagues a laissé des traces et les équipes en parlent encore abondamment. Néanmoins, des succès se sont produits au moment de la pandémie si l'on songe, entre autres au dossier vaccinal électronique implanté par l'établissement. Le rétablissement post-pandémie est bien présent avec les impacts sur la population et les équipes.

Le CCSMTL vise à assurer une offre de services de qualité dans un contexte de pénurie importante de ressources humaines. Il vise maintenant la fidélisation, la rétention des équipes et le « prendre soin de ses équipes ».

Les visiteurs ont pu constater au fil des rencontres la dimension humaine dans l'approche clientèle. L'identification du besoin prioritaire dans un contexte de décision partagée avec l'utilisateur permet de répondre promptement à ses demandes.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES À LA NORME TÉLÉSANTÉ

La pandémie est devenue un levier pour la télésanté, car plusieurs intervenants se sont tournés vers cette modalité pour maintenir une offre de services. À ce jour, on dénombre 47 services qui utilisent la modalité de télésanté pour offrir des soins et services. La structure de gouvernance est définie et prend vie avec une nouvelle équipe. Un usager ressource participe aux travaux.

Le besoin de mieux structurer et accompagner le développement de l'offre de service de la télésanté et de soutenir la réussite des projets est présent. Les usagers qui ont accès à cette modalité sont très satisfaits.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES AU PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Plusieurs services du programme de santé physique de l'établissement ont été visités. Des services ambulatoires sont dispensés dans le contexte hospitalier. Les différents intervenants offrent des soins sécuritaires et de qualité dans un contexte de pénurie importante de main-d'œuvre qualifiée.

Les services de santé physique ont été particulièrement impactés dans les deux dernières années en lien avec la pandémie. Les équipes ont été créatives et agiles pour trouver des solutions à la gestion de cette pandémie afin de s'ajuster aux besoins populationnels. Une belle collaboration est remarquée entre les différents niveaux de direction dans l'esprit de dispenser des soins centrés sur l'utilisateur et sa famille.

Différents indicateurs sont suivis par l'établissement en lien avec la performance organisationnelle. La direction de l'établissement voit dans cette visite d'agrément une occasion de confirmer le niveau de retour des opérations c'est-à-dire de la normalité après la pandémie. De plus, elle souhaite obtenir un point de vue sur l'efficacité et l'efficacités des différentes trajectoires de soins en santé physique.

L'établissement porte une attention particulière à la situation de la main-d'œuvre et au fait que près de 46 % de ses lits sont inaccessibles, car ils sont fermés (30 %) ou occupés par des patients en fin de soins actifs (16 %).

La situation des services des urgences est un défi organisationnel, ce qui fait que l'ensemble des directions sont impliquées pour répondre à la problématique de congestion. Du travail reste à faire afin que la première ligne soit plus impliquée dans la décongestion des services résurgences.

Les pratiques organisationnelles requises (POR)

La conformité des pratiques organisationnelles requises est variable d'un site à l'autre. Dans certains cas, l'établissement échoue à un seul test de conformité, ce qui rend la POR non conforme. Parmi celles qui méritent une attention particulière, il faut noter la communication aux points de transition, le bilan comparatif des médicaments, la prévention du suicide.

L'utilisation optimale du Dossier santé Québec pour élaborer le meilleur schéma thérapeutique est privilégiée. Le pharmacien fait la validation auprès de l'utilisateur de la prise de produits naturels ou de médicaments en vente libre.

La prévention du risque suicidaire est une préoccupation pour l'ensemble des intervenants.

Les différentes directions impliquées sont encouragées à consolider le travail entrepris pour s'assurer de la conformité des différentes pratiques organisationnelles requises afin de maintenir une offre de soins sécuritaires dans tout l'établissement.

Continuité des soins et services

La continuité des soins est également un enjeu pour les intervenants. Les mécanismes de communication des informations aux points de transition sont variables. Il y aurait lieu de standardiser les outils de transmission des informations afin de s'assurer d'une continuité de soins sécuritaires.

L'uniformisation des outils de suivi pour l'Hôpital de Verdun et l'Hôpital Notre-Dame mérite l'attention.

Également, le secteur de l'imagerie doit être revu dans une optique d'efficacité et d'efficacités. Dans les hôpitaux, des problématiques majeures liées à la prise de rendez-vous sont à considérer. Parfois, on voit les plages horaires comblées à 50 % avec des équipes complètes. L'enjeu doit être révisé dans sa globalité puisqu'il implique le rôle des agents administratifs. La pertinence et l'efficacité des services se doivent d'être considérées dans une optique où plusieurs services d'imagerie sont présents sur plusieurs sites.

Les trajectoires en soins ambulatoires sont fluides et accessibles. Les listes d'attentes sont à réviser et des solutions sont à apporter, car elles représentent des obstacles à l'accessibilité. Le transfert de l'information aux points de transition est bien effectué.

Une direction de la fluidité hospitalière a vu le jour et permettra sans doute de rehausser l'efficacité des différentes trajectoires de soins et services.

Le projet de récupération amélioré après une chirurgie dont l'impact est significatif sur les durées de séjour est à poursuivre et à réfléchir pour de nouvelles indications.

L'organisation des secteurs de soins palliatifs est à considérer étant donné que les pratiques sont différentes et qu'il n'y a pas d'uniformité.

Les pratiques sécuritaires en regard de la gestion des médicaments, de la prévention et du contrôle des infections, ainsi que du retraitement des dispositifs médicaux sont en place.

Approche de soins centrée sur l'utilisateur

Le concept de l'utilisateur partenaire est progressivement intégré et, pour certaines équipes, c'est un incontournable pour faire avancer les projets.

La priorité des intervenants est la dispensation des soins aux usagers et à leurs familles. Le personnel répond aux besoins des usagers le plus promptement possible.

La planification du départ est initiée dès l'arrivée de l'utilisateur dans l'unité et les obstacles pour le retour à domicile sont identifiés rapidement. Les usagers sont impliqués dans leur parcours de soins. L'information et l'enseignement sont dispensés à la clientèle. La documentation est également remise aux usagers et aux familles. Tous les usagers rencontrés se disent satisfaits de leur implication et de leur participation aux décisions.

Les équipes utilisent les résultats ainsi que les commentaires émis par les usagers pour améliorer et élaborer les plans d'action.

Approche interdisciplinaire

La collaboration et surtout la confiance interdisciplinaires sont observées. La proximité physique des équipes favorise le travail interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle. La cogestion médicale varie d'un secteur à l'autre. Il est proposé de maximiser cette cogestion afin de s'assurer que des objectifs communs sont établis. Il est suggéré à l'établissement de poursuivre les travaux pour l'implantation d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) harmonisé et documenté.

Pratiques sécuritaires

L'équipe a un souci constant d'identifier les risques et de trouver des pistes d'amélioration, et ce, de manière soutenue. Le plan de sécurité, volet clinique, et le plan de gestion des risques sont en mode continu et des révisions régulières sont effectuées selon les problématiques rencontrées. Les priorités en matière de pratiques sécuritaires sont bien identifiées et un suivi est fait par les responsables du dossier et au comité de gestion des risques. Les équipes sont sensibilisées à faire la déclaration des incidents et accidents. Les déclarations sont faites et une analyse et un suivi sont assurés par le gestionnaire ou le secteur clinique. La divulgation est également faite.

Partenariats

Les services d'imagerie ont des partenariats établis avec des cliniques privées.

Au niveau des soins palliatifs, des partenariats de longue date sont en place tels que Palli-Ami et quelques autres.

Des communications fréquentes et des ententes sont établies avec les maisons d'enseignement, notamment, les CÉGEPs et les universités, présents sur le territoire.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES AU PROGRAMME DES SERVICES GÉNÉRAUX

Les pratiques organisationnelles requises (POR)

Parmi celles qui méritent une attention particulière, il faut noter la communication aux points de transition, le bilan comparatif des médicaments, la prévention des chutes. La décongestion au service de l'urgence n'est que peu présente pour les équipes de la première ligne qui pourtant souhaitent être davantage impliquées dans la recherche de solutions.

La prévention du suicide est bien appliquée et les réévaluations sont effectuées.

Continuité des soins et services

Les pratiques sécuritaires au regard de la gestion des médicaments, de la prévention et du contrôle des infections, ainsi que du retraitement des dispositifs médicaux sont en place.

Approche de soins centrée sur l'utilisateur

Le concept de l'utilisateur partenaire est progressivement intégré et, pour certaines équipes, c'est un incontournable pour faire avancer les projets.

La priorité des intervenants est la dispensation des soins aux usagers et à leurs familles. Le personnel répond aux besoins des usagers le plus promptement possible et à la mesure de ses capacités.

Approche interdisciplinaire

Les intervenants travaillent en équipe. Toutefois, au niveau des services de santé courants, la collaboration médicale et infirmière doit être plus présente et plus soutenue. L'autonomie des infirmières doit être envisagée dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité et de rétention des équipes.

Pratiques sécuritaires

Les équipes s'assurent d'exercer selon les standards de la pratique professionnels et sont soucieuses de déclarer les incidents accidents. Les équipes cliniques et autres professionnels sont encouragés à demeurer sensibles au fait que la déclaration se fait dans une perspective d'amélioration de la qualité. Les priorités sont bien établies et la direction possède des plans d'améliorations qui demeurent à intégrer. Toutefois, les plans d'améliorations locales sont peu présents.

Il faut noter que les pratiques sont sécuritaires et que tous les intervenants ont à cœur de s'assurer que les soins et services sont offerts selon les meilleures pratiques.

Partenariats

Des partenariats sont actifs avec les groupes de médecine de famille (GMF) et les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), mais méritent d'être consolidés et poursuivis.

Avant la pandémie, les partenariats avec les organismes communautaires étaient fréquents. Cependant, en période post-pandémie, il convient de reprendre le rythme antérieur des communications et des activités et aussi de réanimer plusieurs comités et tables de concertation communautaire.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.129 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.108 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.48 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.41 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.62 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 1 - Excellence des services		

Les particularités des clientèles teignent l'offre de service, ce qui démontre la préoccupation à offrir des soins centrés sur les personnes. La capacité d'adaptation et de réorganisation en continu des services pour répondre aux besoins changeants a été largement mise à l'épreuve ces dernières années. La collaboration au sein de l'établissement entre les professionnels, les services et les directions permet de réaliser des avancements qui sont profitables pour la clientèle. Les partenariats avec les organismes du milieu sont bien établis. La fluidité hospitalière est une préoccupation de l'ensemble de l'organisation.

La cogestion médico-administrative qui débute donne déjà des résultats intéressants dans certains secteurs et serait à étendre. L'équipe de gestion compte plusieurs nouvelles recrues et l'établissement est encouragé à mettre en place des moyens pour les soutenir.

Des stratégies de fidélisation des ressources humaines sont mises en place telles que l'accompagnement, l'optimisation des champs de pratiques et le bien-être du personnel. Les stagiaires sont présents dans plusieurs secteurs, ce qui devient un levier de recrutement toutefois pour que l'expérience soit positive; il est suggéré de s'assurer qu'ils disposent d'espace adéquat lors des stages.

Le lien d'appartenance est fort avec le site, mais beaucoup moins avec l'établissement. Les pratiques cliniques d'un milieu à l'autre ne sont pas harmonisées. Dans le même sens, le processus d'harmonisation

cliniques d'un milieu à l'autre ne sont pas harmonisées. Dans le même sens, le processus d'harmonisation des politiques et protocoles a commencé; toutefois, il reste encore beaucoup de travail à faire en ce sens. Certains dossiers médicaux sont sous format électronique, d'autres sont en format papier et, même, en format électronique et papier à la fois. L'enjeu d'interopérabilité des systèmes est un frein à la transformation numérique et au partage fluide d'informations autant cliniques qu'administratives. Par conséquent, la recherche d'information est fastidieuse pour les intervenants.

L'éthique est traitée suivant un modèle de cascade/escalade et les instances concernées sont consultées au besoin. Un processus est en place pour effectuer la recherche des meilleures pratiques et des données probantes.

Les exercices de simulation de situation d'urgence n'ont pas fait partie des priorités des dernières années, l'établissement est invité à en faire dans les prochains mois. Dans le même sens, le roulement de gestionnaires et de personnel ne permet pas de réaliser les évaluations de la contribution comme prévu tous les deux ans.

La culture de mesure s'implante avec l'utilisation des stations visuelles dans plusieurs secteurs. Des audits quantitatifs sont réalisés, l'établissement est invité à en réaliser qui vise des mesures qualitatives.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.28 Un outil normalisé propre à l'urgence pédiatrique est utilisé afin d'effectuer le triage des usagers en pédiatrie.	
2.1.30 Un triage est effectué pour chaque usager en pédiatrie, en partenariat avec l'usager et la famille, dans les délais établis.	!
2.1.42 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.45 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
2.1.47 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.55 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.55.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. 2.1.55.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	POR
2.1.63 Un processus est suivi pour communiquer et valider les diagnostics des usagers lorsqu'il y a divergence entre le diagnostic initial et les résultats des épreuves diagnostiques ou des analyses de laboratoire.	!
2.1.66 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
2.1.67 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
2.1.72 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'organisme et du service des urgences.	

2.1.73	De la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels sont fournis à l'équipe, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.89	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
2.1.89.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé.	
2.1.89.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
2.1.89.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
2.1.89.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
2.1.90	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.	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
2.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
2.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 2 - Services des urgences**

Les équipes des services des urgences visitées se distinguent par le souci du respect des besoins d'une clientèle communautaire présentant des enjeux particuliers auxquels ils sont sensibles. Les efforts pour améliorer le climat sont remarquables et les résultats sont visibles. La cogestion avec l'équipe médicale est bien présente, mais structurée de façon inégale et de façon plus ou moins formelle. Des stations visuelles faisant état des objectifs, des résultats et certaines informations pertinentes restent à déployer dans un des deux sites visités, mais devraient l'être sous peu. Des efforts sont en cours pour mieux répondre aux besoins de la clientèle pédiatrique qui se présente sur pied; la poursuite des formations et le déploiement d'un outil de triage adapté à cette clientèle sont encouragés.

Il a été constaté que plusieurs outils cliniques sont disponibles, mais leur utilisation est sous-optimale. Il apparaît important pour la qualité et la continuité des soins d'identifier et de faire connaître les outils pertinents au contexte d'urgence et de s'assurer de leur utilisation. Certains reculs liés à la pandémie ont été constatés. L'établissement est encouragé à bien les identifier pour mieux les redresser.

Entre autres, le consentement consigné au dossier ainsi que l'approche adaptée à la personne âgée ont été notés. Le volume d'usagers présentant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie est élevé, d'où l'importance de soutenir le personnel pour faire face aux risques d'agressions physiques et verbales. Bien que la formation OMEGA soit dispensée, peu d'employés ont réussi à compléter les quatre jours. Il est suggéré d'évaluer d'autres stratégies qui pourraient être complémentaires. Les mouvements de personnel sont importants. Le processus d'orientation est bien structuré et l'assignation dans les différentes sections du service des urgences tient compte des compétences acquises. Il convient de procéder à leur évaluation de façon plus spécifique d'autant plus que les outils disponibles auraient une valeur ajoutée. L'établissement ayant une vocation communautaire avec un certain nombre de grands utilisateurs et présentant des facteurs de vulnérabilité, il serait pertinent de renforcer les liens avec les organismes communautaires et d'introduire des usagers partenaires. De plus, pour la clientèle sans domicile fixe, il serait fort utile de faciliter la prise de rendez-vous pour un suivi ou un examen diagnostique afin d'assurer la continuité des soins et éviter une détérioration de la condition d'un usager impossible à rejoindre. Pour ce qui est des usagers présentant des problèmes de santé mentale, les visiteurs ont constaté la qualité des liens de collaboration avec l'urgence psychiatrique à l'interne et également dans le cadre des ententes de services à l'externe.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
<p>3.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.35.1 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>3.1.35.2 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>3.1.35.3 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p>	
<p>3.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.</p>	
<p>3.1.45 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.</p>	
<p>3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	

3.1.61.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

L'approche éthique et humaniste dans les soins en hospitalisation est mise en avant. Les témoignages reçus montrent la valeur ajoutée de cette approche auprès des usagers et de leurs familles.

L'équipe de l'unité de gériatrie est une équipe passionnée qui oriente sa pratique autour des usagers et de leurs familles afin d'assurer leur bien-être dans leur unité. Une approche adaptée pour les personnes âgées avec le programme « AINÉES » permet une prise en soins optimisée et individualisée.

Les équipes veillent particulièrement à préserver l'état de santé des usagers et à éviter le déconditionnement. L'équipe est félicitée pour l'initiative du programme « marche » permettant aux usagers de se faire offrir un moment de marche trois fois par jour en fonction de leur capacité. Le personnel est rigoureux et l'approche multidisciplinaire est à souligner. Des plans d'interventions interdisciplinaires individualisés sont en cours de déploiement avec un document conçu par les équipes. Celles-ci sont encouragées à utiliser leur formulaire de façon individualisée également pour les notes des réunions interdisciplinaires et à demander la validation et l'enregistrement de ce document au niveau de l'établissement.

L'équipe de médecine interne fait une évaluation complète des besoins pour s'assurer qu'au cours de l'hospitalisation, les soins et les services sont donnés de façon adaptée à l'état initial de l'utilisateur, puis un suivi de son état est fait et un ajustement est effectué. L'équipe de médecine interne travaille sur le développement de ses compétences afin d'être plus efficace dans la surveillance de sa clientèle porteuse d'une télémétrie et pour alléger la mission de surveillance des soins intensifs.

Le personnel de l'unité de médecine maintient sa compétence en ce qui a trait à la gestion des risques. La notion de prévention est présente dans l'application des programmes pour le maintien de la qualité et la sécurité des usagers. La gestion des plaies de pression fait partie d'une évaluation soignée dès l'admission. De plus, peu d'usagers ont des contentions. Une évaluation est faite avec une équipe interdisciplinaire afin d'envisager des solutions de remplacement à la contention.

Sachant qu'en médecine, les usagers ont une longue hospitalisation, l'approche du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées est favorisée sur l'unité. La collaboration d'une équipe interdisciplinaire aide grandement à l'application des principes.

L'arrivée d'une stagiaire a permis d'offrir à l'unité un projet sur l'utilisation des outils cliniques, soit le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), le plan d'intervention (PI) et le plan de service interdisciplinaire (PSI). Tous ces outils sont nécessaires pour la dispensation des soins et des services, mais le projet permet de définir leur utilisation en fonction des besoins des usagers et le moment de les mettre en application dans un contexte de suivi en collaboration interdisciplinaire. Ce projet permet de définir les principes cliniques et de l'encadrer dans la pratique professionnelle.

La discussion avec le personnel a permis de constater la connaissance sur les principes éthiques et la capacité d'intervention lors de situations éthiques.

L'établissement est encouragé à consolider les outils de communication lors des points de transition.

Il convient de saluer l'effort des équipes de l'hospitalisation pour démarrer le déploiement et l'utilisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) sur leurs unités au printemps 2023. La gestionnaire de la médecine interne mobilise les équipes et, déjà, 75% de leur personnel ont suivi les formations sur le BCM.

Un travail d'analyse des événements indésirables a fait ressortir le besoin de travailler sur l'optimisation des procédures de prévention des chutes ainsi que le recours très fréquent aux services privés. Les équipes sont encouragées à poursuivre ce travail de sensibilisation du personnel et de recherche de solutions alternatives.

Plusieurs projets sont en cours et les unités d'hospitalisation sont encouragées à poursuivre leurs objectifs d'amélioration.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.9 Un processus permet d'évaluer les usagers potentiels selon les critères d'admission en soins critiques.	
4.1.12 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.	
4.1.57 L'usager fait régulièrement l'objet d'une évaluation relative à l'hyperglycémie et à l'hypoglycémie, et son état est géré de manière appropriée.	
4.1.74 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> 4.1.74.1 Principal: L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. 4.1.74.2 Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 4.1.74.4 Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée. 	

4.1.74.5	<p>Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
4.1.75	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1.85	L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement en ce qui concerne le don d'organes et de tissus.	
4.1.86	L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs potentiels d'organes et de tissus, et ce, avec l'apport des familles concernées.	
4.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 4 - Services de soins critiques		

Le transfert de l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) vers le CIUSSS a généré plusieurs défis, incluant le renouvellement des équipes médicales et professionnelles dont la consolidation reste à finaliser. Le changement de mission qui ne couvre plus certaines clientèles nécessitant des soins ultraspecialisés ainsi que l'arrivée de la pandémie a engendré de nombreux déménagements ainsi qu'une fusion avec l'équipe de médecine pour une période de huit mois, ce qui a provoqué plusieurs départs.

Les soins critiques peuvent compter sur une cogestion dynamique et proactive, et ce, aussi bien à l'Hôpital Notre-Dame qu'à l'Hôpital de Verdun. Les défis de combler les équipes médicales qui doivent œuvrer dans plusieurs secteurs sont omniprésents de même que pour les équipes soignantes particulièrement pour l'Hôpital de Verdun.

Les espaces physiques de l'Hôpital Notre-Dame sont très bien équipés, fonctionnels et satisfont à tous les critères de salubrité et de sécurité. Il en est autrement de l'Hôpital de Verdun où une attention devra être portée pour assurer des espaces sécuritaires répondant aux normes actuelles et assurer le renouvellement d'équipements qualifiés de désuets par l'équipe.

Les professionnels des deux hôpitaux rencontrés sont heureux de leur vocation communautaire; leur engagement envers cette clientèle est indéniable et ressenti. Il y aurait tout intérêt à intégrer des usagers partenaires et de procéder à des évaluations de la satisfaction de la clientèle afin de soutenir la volonté d'amélioration continue.

L'interdisciplinarité est bien présente. Un formulaire capture l'essentiel des éléments discutés pour l'Hôpital Notre-Dame, mais un processus plus formel d'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire favoriserait la continuité des soins.

La présence d'un pharmacien en semaine favorise l'élaboration du bilan comparatif des médicaments (BCM) et une gestion dynamique de la prophylaxie antimicrobienne.

La transmission de l'information aux points de transition n'est ni structurée ni consignée, ce qui ne permet pas d'observer la pratique organisationnelle requise (POR).

Les soins palliatifs dispensés à l'Hôpital de Verdun sont exceptionnels; l'équipe déploie tous les moyens pour satisfaire les besoins des usagers. À cet effet, le transfert d'une jeune patiente avec tous les services pour permettre son décès à domicile est à souligner. Pour ce qui est de l'Hôpital Notre-Dame, un enjeu lié à l'absence de liens avec les soins palliatifs a été constaté.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
7.1.85 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
7.1.86 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
7.1.88 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
7.1.97 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
<p>7.1.129 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>7.1.129.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>7.1.129.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>7.1.129.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>7.1.129.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	

7.1.130 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Services d'oncologie

Durant la pandémie, après plusieurs déplacements qui ont créé beaucoup de stress et un certain sentiment d'être peu considérée, l'équipe d'oncologie s'est installée dans les nouveaux locaux de «l'Annexe» de l'Hôpital de Verdun dans la dernière année. Ces multiples relocalisations ont été exigeantes en matière d'adaptation et ont capté une large partie des énergies concentrées sur le maintien de soins sécuritaires pour une clientèle particulièrement vulnérable aux risques d'infections. Les nouveaux locaux sont spacieux, éclairés, bien adaptés et pas du tout encombrés.

L'équipe offre des services interprofessionnels complets et humains en temps opportun. Les délais prescrits sont suivis et scrupuleusement respectés. Le recours récent à des activités de téléconsultation a amélioré l'accès davantage. Tous sont fortement engagés et soucieux de la qualité des soins et du bien-être des usagers qui démontrent clairement leur appréciation.

Le flot des médicaments cytotoxiques est sécuritaire de bout en bout et la double vérification au chevet est remarquable, même en l'absence d'une pharmacie satellite locale.

Les usagers ont accès à une gamme étendue de services professionnels entourant leur condition, incluant les hémato-oncologues, les infirmières pivots, la pharmacienne, la travailleuse sociale, la diététiste et le service de consultations précoces en soins palliatifs. La présence de ce dernier service facilite un contrôle optimal des symptômes et une transition en douceur et naturelle des soins curatifs vers les soins palliatifs actifs et les soins de fin de vie, le cas échéant.

La collaboration entre les professionnels est naturellement facile, mais n'est pas soutenue par des activités interprofessionnelles formelles et ne donne pas lieu à un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui pourrait être nettement bénéfique à cette clientèle. Certains autres services offerts par la Fondation et d'autres partenaires communautaires sont très appréciés des usagers, dont l'offre de transport.

Il est surprenant et préoccupant que le service d'oncologie ne procède pas à un consentement explicite à la chimiothérapie. Les professionnels se réfèrent au consentement général aux soins et considèrent la présence de l'utilisateur comme un consentement tacite suffisant. L'importance du traitement oncologique, des effets secondaires et la durée de ce traitement devraient exiger un consentement libre et éclairé qui est documenté.

L'offre de services à une proportion importante d'usagers anglophones pose un défi pour l'équipe, car plusieurs de ses membres sont incapables d'offrir les services dans la langue de cette clientèle.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.5 Les membres de l'équipe, les aidants naturels et les bénévoles sont soutenus pour faire face à la mort, au deuil et aux décès successifs d'usagers.	
8.1.11 Les usagers actuels et potentiels et leurs familles peuvent en tout temps accéder à des services de soins palliatifs ou à des services essentiels.	
8.1.12 Les usagers et leur famille ont l'occasion de se familiariser à l'avance avec les lieux physiques.	
8.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
8.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	

Chacun des hôpitaux du CIUSSS peut compter sur une équipe de soins palliatifs dévouée et expérimentée. Dans les deux installations, ces équipes comptent un large éventail de professionnels.

L'unité fermée de l'Hôpital Notre-Dame est l'une des plus anciennes de la province et jouit d'une renommée importante. Il s'agit essentiellement d'une unité de soins de fin de vie ayant des critères d'admissibilité clairs et rigoureux. Le changement d'environnement hospitalier a fait en sorte que le nombre de références depuis les services d'oncologie, de cardiologie et de pneumologie pour des soins de fin de vie a fléchi considérablement, par conséquent les lits ne sont pas régulièrement remplis. Malgré cela, l'équipe n'a pas considéré offrir son soutien aux autres équipes cliniques. C'est dommage parce que des usagers, dont ceux des soins intensifs et des unités de médecine, qui ne sont pas en fin de vie, sont ainsi privés de conseils et d'une expertise de grande valeur. Cette unité peut compter sur le soutien et l'apport de services de la Fondation PalliAmi.

À l'opposé, le service de soins palliatifs de l'Hôpital de Verdun, dont les lits ne sont pas limités aux soins de fin de vie, offre des consultations et des suivis sur les unités de soins, à l'unité des soins intensifs (USI),

en oncologie et en soins ambulatoires. Cette offre est fortement appréciée autant par les usagers que par les membres des équipes cliniques; elle facilite la perception positive de soins palliatifs qui ne signifient pas nécessairement une fin de vie imminente. La transition des soins curatifs vers les soins palliatifs et les soins de fin de vie est ainsi rendue plus naturelle et évolutive. Bien que cet aspect soit fortement positif, il serait nécessaire de clarifier auprès des usagers le passage des soins curatifs aux soins palliatifs.

Les deux équipes ne recourent pas à un PII malgré la présence d'équipes interprofessionnelles complètes. Les actions de chacun s'ajustent malgré tout assez bien par des processus informels, mais ils pourraient gagner en clarté quant aux objectifs et à l'articulation des différents rôles.

Le recours aux services d'éthique et au débridage post-décès est également très différent d'une équipe à l'autre. Une harmonisation des pratiques entre les deux équipes serait favorable à un soutien équitable des professionnels des deux équipes.

Les deux équipes offrent des soins liés à l'Aide médicale à mourir.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
<p>9.1.48 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>9.1.48.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>9.1.48.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>9.1.48.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p>	
<p>9.1.56 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.</p>	
<p>9.1.108 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.1.108.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>9.1.108.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p>	

- 9.1.108.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

9.1.122 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Hôpital de Verdun

Le processus de préadmission pour les chirurgies générales ainsi que pour les chirurgies en orthopédies est fait adéquatement. Une évaluation globale de l'utilisateur dans le cadre d'une collecte santé préopératoire est faite avec l'utilisateur et sa famille, selon le souhait de l'utilisateur.

Des outils d'information sont transmis à l'utilisateur pour la préparation à la chirurgie ainsi que l'évaluation de sa contribution à ses soins. Les membres de l'équipe interdisciplinaire sont présents selon la chirurgie prévue à l'utilisateur. À titre d'exemple, un guide a été conçu par des professionnels pour répondre à l'utilisateur qui se prépare à recevoir une prothèse du genou ainsi qu'une prothèse de la hanche. Ces guides sont remis à l'utilisateur et soutenus par le personnel soignant.

En ce qui concerne les chirurgies générales, un guide est aussi remis à l'utilisateur pour la chirurgie de l'intestin. Une attention particulière est apportée en prévention de la thromboembolie veineuse et de l'enseignement est transmis à l'utilisateur. Le programme (RRAC), récupération rapide après la chirurgie (le fast track), existe depuis trois ans pour certains cas de chirurgie en orthopédie, dont la trajectoire est en chirurgie d'un jour au lieu de l'unité de chirurgie. Ce programme a un impact intéressant sur la durée moyenne de séjour.

Des notes au dossier de l'utilisateur sont consignées dans l'application Opéra. Le contenu du dossier est consulté par le personnel du bloc opératoire pour la continuité des soins et des services.

Les six salles du bloc opératoire sont utilisées et gérées de façon sécuritaire. Quelques salles sont petites, mais l'organisation des lieux demeure sécuritaire. L'entrepôt principal de fournitures médicales est rempli au maximum de sa capacité. Le manque d'espace fait en sorte que quelques fournitures médicales sont entreposées dans le corridor dans des contenants tout en répondant aux normes d'hygiène.

Durant les interventions, la sécurité de l'utilisateur est assurée tant au niveau de l'environnement que durant les actes cliniques dispensés par le personnel. Les vérifications des médicaments sont faites selon les normes de sécurité avant son administration.

Tout le matériel retraité est scanné, ce qui permet de suivre la traçabilité du matériel, mais aussi la sécurité de l'utilisateur qui en a fait l'utilisation. Le service d'approvisionnement a établi un lien avec l'application Opera.

Avant l'entrée de l'utilisateur dans la salle d'opération, six étapes sont respectées: L'identification de l'utilisateur, la validité de l'intervention, l'infirmière en interne et les deux infirmières en externe, le retour sur l'intervention, les particularités en lien avec les composantes et tous les acteurs en présence.

La stérilisation rapide se limite aux urgences seulement. Lorsqu'elle est utilisée, un rapport d'incident est élaboré qui démontre que l'intervention est due à une situation imprévue.

Les normes, lignes directrices et énoncés de position de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AII SOC), pour la pratique des soins infirmiers périopératoires, servent de référence au gestionnaire du bloc opératoire. Le contenu de cette référence sert de guide pour une gestion sécuritaire de tous les processus d'intervention.

Dans la salle de réveil, il y a huit stations, le personnel assure la surveillance et les soins cliniques, avant le transfert à l'unité d'hospitalisation.

L'établissement est invité à créer un espace indépendant pour le matériel propre et le matériel souillé dans la salle de réveil dans l'établissement de Verdun.

Hôpital Notre-Dame

Pour la visite en préadmission dans l'établissement Notre-Dame, le processus se fait de façon continue en impliquant les différents professionnels selon les besoins de l'utilisateur. La démarche est aussi structurée et le souci d'une approche de qualité est présent. L'équipe fait de l'enseignement à l'utilisateur en préparation à sa chirurgie, mais aussi la préparation des lieux physique pour le retour de l'utilisateur à son domicile.

Les données sont saisies dans le logiciel Opera et l'interface se fait avec le logiciel Simass du ministère. Les attentes du ministère sont suivies avec rigueur.

Le programme de récupération améliorée après la chirurgie (RAAC) a débuté en 2020 pour la chirurgie rectocolique. Ce programme a un résultat positif auprès des usagers, il mérite d'être développé pour d'autres chirurgies.

Pour le bloc opératoire à Notre-Dame, les quatre salles ont un plus grand espace pour des lieux plus ergonomiques. Les risques sur la sécurité sont assurés, le personnel répond aux normes de qualité et de sécurité lors des interventions.

Comme à l'établissement de Verdun, les notes sont faites dans le logiciel Opera, cela apporte une plus grande assurance d'un meilleur suivi pour l'utilisateur.

Plusieurs politiques et procédures sont implantées, pour ne nommer que quelques-unes: prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV), gestion des narcotiques, drogues contrôlées et autres substances ciblées, asepsie des mains et habillage au bloc opératoire, compte chirurgical au bloc opératoire, drapage chirurgical au bloc opératoire, transfert de l'information aux points de transition à l'unité de soins concernée et une liste de vérification préopératoire pour une chirurgie sécuritaire.

Il convient de souligner l'engagement du personnel à répondre aux besoins des usagers, mais aussi l'ouverture à des projets.

L'établissement est invité à créer un formulaire dans lequel les interventions interdisciplinaires se retrouveraient sur le même formulaire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.1.15 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
<p>10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>10.1.29.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>10.1.29.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
10.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
10.1.41 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires**

Les unités de soins ambulatoires sont dynamiques et gardent le souci d'offrir un milieu accueillant et de confiance pour les usagers. Les gestionnaires soutiennent les équipes de travail et valorisent les initiatives. L'amélioration continue de la trajectoire de l'utilisateur et de l'accès à des soins spécialisés est pour l'équipe de gestion une priorité.

Le travail en équipe multidisciplinaire de toute l'équipe d'hémodialyse est visible et montre une belle coordination des équipes médicales et soignantes dans le trajet de soin des usagers et de leurs familles. Le travail en partenariat avec l'utilisateur et sa famille est mis en avant, des actions de formation et d'accompagnement sont proposées par le personnel suivant les besoins de chacun afin de les accompagner dans leur processus de soin, mais aussi pour les soutenir tout au long de leur parcours ou pour la dialyse péritonéale à domicile. L'équipe est encouragée à poursuivre le développement de leurs outils via le logiciel NephroCare et il est souhaité que leur projet d'arrimage aux autres logiciels de l'établissement se concrétise.

Il faut saluer le travail d'expertise effectué par la kinésologue notamment auprès de la clientèle de l'hémodialyse ainsi que le travail d'accompagnement et d'arrimage fait par la travailleuse sociale de l'unité.

L'équipe est félicitée pour le partenariat des cliniques externes et du plateau technique de radiologie qui mènent une rencontre d'arrimage toutes les trois semaines pour réviser les situations problématiques dans un but d'amélioration de leur travail de concert et faciliter le cheminement de l'utilisateur et optimiser sa visite dans l'établissement.

Il convient de souligner le travail des équipes de médecine de jour qui ont su maintenir une offre de service stable et efficiente malgré la pandémie. L'équipe de gestion met l'accent sur son mot d'ordre « Le bon patient au bon endroit » et travaille de concert en comité de co-gestion pour adapter son offre de service et aider au désengorgement des urgences dans un souci d'optimisation du cheminement de l'utilisateur.

Le processus de bilan comparatif des médicaments (BCM) est en cours de déploiement et une attention pourra être donnée afin qu'il soit conforme de l'arrivée au départ de l'utilisateur pour les unités d'hospitalisation où la gestion des médicaments est une composante importante des soins avec une clientèle polymédicamentée.

L'équipe est également encouragée à standardiser son processus de communication aux points de transition des soins.

Les usagers rencontrés ont fait part de leur satisfaction et de leur confiance dans les équipes des unités ambulatoires visitées.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.38 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'usager pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.41 L'équipe informe les prestataires de services d'imagerie diagnostique au sujet des changements apportés au manuel de politiques et de procédures ainsi que des nouvelles procédures instaurées.	
11.1.49 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le retraitement.	
11.1.72 L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et des usagers en pédiatrie contre les rayons X.	
11.1.98 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.109 Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques (NRD) dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	

Du côté de l'Hôpital de Verdun, on retrouve l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie, la scintigraphie et la médecine nucléaire. Les technologues sont généralement polyvalents d'une modalité à l'autre. Pour l'échographie, il y a la présence d'un technologue autonome. L'aménagement des locaux est en général adéquat à l'exception de l'une des deux salles de médecine nucléaire. Cette situation devrait être réglée par le projet de réaménagement en cours. La majorité des demandes sont générées par l'interne, ce qui facilite le suivi des requêtes. Le lien d'appartenance est fort dans l'équipe de technologues.

Au niveau de l'Hôpital Notre-Dame, on retrouve l'échographie, l'IRM, la tomodensitométrie, la graphie et la scopie. Plusieurs technologues autonomes en échographie sont présents. Toutefois, cette partie de service est temporairement relocalisée au cinquième sous-sol, ce qui les isole du reste des activités du département. Le service d'imagerie répond aux demandes venant de plusieurs sources, ce qui apporte une difficulté additionnelle à l'équipe.

La présence de stagiaires est appréciée dans les deux hôpitaux. Toutefois, il est suggéré de s'assurer qu'ils ont un espace convenable disponible pour leurs besoins.

Les listes d'attente sont suivies et des mesures sont prises lorsque les délais pour certaines modalités dépassent les normes attendues.

La partie du travail administratif entourant l'acheminement des requêtes, la prise de rendez-vous et la transmission des résultats est complexe et les outils de soutien électronique ne sont pas interreliés et uniformes. Beaucoup de tâches sont manuelles et la manipulation de papier est très présente. Des copies sur CD des examens sont faites à la demande des usagers, même si les résultats sont disponibles pour les médecins par des moyens électroniques, ce qui alourdit la tâche. Les effectifs pour effectuer les tâches administratives sont rares et ne sont pas stables. Un chef d'équipe a récemment été nommé pour tenter d'améliorer ces processus. Des projets de requête électronique pour l'orthopédie, de site Web interactif, de rendez-vous par texto sont à l'étude.

Il arrive des journées où l'ensemble de l'équipe est en place, mais il n'y a pas d'usagers, car le personnel administratif n'a pas eu le temps de fixer les rendez-vous. La majorité des cliniques sont comblées à la dernière minute. Cette situation perdure depuis longtemps et nuit à l'efficacité du service.

Pour les services d'imagerie à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et l'Hôpital et CRDP IRGLM-Charles W. Lindsay, on retrouve la graphie et la scopie. Ils répondent aux besoins de la clientèle admise et ambulatoire. Le souci de s'ajuster aux besoins et aux rythmes des clientèles est très présent. Des examens spécifiques associés aux besoins de la clientèle sont réalisés, tel que des gorgées barytées modifiées (examen de la déglutition par vidéofluoroscopie) sont effectuées en collaboration avec d'autres professionnels. Les demandes sont traitées sans délai à mesure qu'elles arrivent. Le petit nombre d'examens réalisés dans ces centres suscite des questionnements en lien avec plusieurs des dimensions de la qualité, soit le maintien des compétences, la pertinence, l'efficacité et l'efficacités.

C'est le même chef de département pour les centres, les protocoles sont pour la majorité les mêmes particulièrement pour les deux hôpitaux, mais le travail d'harmonisation est à poursuivre pour l'ensemble de l'établissement.

Les usagers rencontrés sont satisfaits des services offerts.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	
13.1.2	Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.
13.1.8	Un comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus et qui est responsable de surveiller et d'améliorer la qualité du programme de don est établi avec l'apport des usagers et des familles.
13.1.16	Chaque procédure d'opération normalisée (PON) contient le titre et l'objectif de la procédure, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont approuvé le manuel et la date d'autorisation, un plan détaillé des étapes à suivre, la personne responsable de vérifier, de réviser et d'approuver la PON.
13.1.30	Les familles endeuillées reçoivent de l'aide pour accéder à des services de counseling et de soutien émotionnel.
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

Comme pour plusieurs autres processus, la situation entre les deux hôpitaux est radicalement différente en ce qui concerne le don d'organes. Au global, l'établissement n'a pas encore de politique encadrant cette pratique (bien qu'un projet soit en circulation pour approbation) et doit encore mettre en place les comités de coordination des activités en découlant. La nomination récente d'un coordonnateur médical représente un pas important dans cette démarche.

L'établissement compte sur l'appui important de Transplant-Québec pour lui fournir les procédures opératoires normalisées, pour prendre en charge les pratiques et les protocoles préparant le transfert des usagers vers les centres de prélèvements d'organes qui sont responsables largement de la majorité des actions à prendre. Cette situation est favorisée par la proximité géographique de ces centres.

L'équipe de l'Hôpital Notre-Dame a hérité d'une longue tradition favorable au don d'organes puisque le centre a été pendant des dizaines d'années un centre actif de prélèvements et de transplantations. La sensibilité des équipes médicales et infirmières est grande pour identifier les donneurs potentiels (sujet qui est d'ailleurs régulièrement abordé lors des tournées interdisciplinaires à l'unité des soins intensifs [USI]). L'équipe a même réussi à procéder à un don d'organe après un décès circulatoire (DDC) localement dans la dernière année.

Le travail de sensibilisation et d'identification des donneurs potentiels reste à faire à l'Hôpital de Verdun qui compte tout de même des équipes favorables au service des urgences et à l'USI.

L'établissement se reporte aussi sur Transplant-Québec pour l'ensemble des activités de promotion dans la population générale et de reconnaissance pour les familles des donneurs d'organes. Il pourrait se définir un rôle afin d'avoir une action dans sa communauté congruente à la confiance et au lien que sa clientèle a avec ses équipes de soins.

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

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

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

La chirurgie d'un jour et l'unité de chirurgie assurent un rôle important sur le cheminement de l'utilisateur. Une rencontre de gestion de lits est tenue tous les matins entre les gestionnaires des unités, la gestionnaire des lits et les équipes interdisciplinaires concernées. Au cours de cette réunion, un bilan général est effectué sur la situation des urgences et sur les congés prévus.

Lorsqu'il y a engorgement au service des urgences, l'évaluation clinique est faite par l'équipe interdisciplinaire. Les usagers sont dirigés dans les unités appropriées en réponse à leurs besoins. À titre d'exemple, la chirurgie d'un jour qui est ouverte de 6 h 30 à 23 h à Notre-Dame et de 6 h 30 à 22 h à Verdun accueille des usagers pour les interventions chirurgicales demandées par les médecins.

Pour l'unité de chirurgie, dès l'admission des usagers, l'équipe interdisciplinaire fait une évaluation complète des besoins pour s'assurer qu'au cours de l'hospitalisation, les soins et les services soient donnés à temps opportun, vers une planification du congé. Il est important de mentionner l'implication de la gestionnaire de cas qui est présente dès le début, elle assure la fluidité du séjour de l'utilisateur dans un cadre d'une durée moyenne de séjour appropriée, mais aussi d'une préparation d'un retour à la maison avec équipe interdisciplinaire.

Il convient de souligner que l'ajout de lits pour la clientèle aux soins de niveau alternative (NSA) est un élément important dans la libération des lits de courte durée, et ce, pour que les usagers reçoivent les bons services aux bons moments.

Le personnel rencontré et leur gestionnaire connaissent bien les politiques et les procédures émises par la direction. La politique sur le départ des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA), le cheminement des usagers, la politique sur l'accès intégré au service. Une collaboration est à souligner de la part de tout le personnel dans le souci de répondre aux besoins des usagers.

En soulignant les programmes en place comme le fast track, la récupération rapide après la chirurgie pour la clientèle en orthopédie et le RAAC, la récupération améliorée après la chirurgie, pour la clientèle en chirurgie colorectale, ces deux programmes contribuent au roulement de la clientèle, mais toujours dans une vision de soins et de services adéquats.

La collaboration médicale est présente, on mentionne que le coordonnateur médical hospitalier présent à Verdun permet un lien avec le personnel médical.

À titre d'exemple, la rencontre avec une usagère qui a consulté au service des urgences pour une fracture au coude gauche, elle a été mise sur le programme opératoire la journée même et inscrite en chirurgie de jour. Une preuve qui démontre le travail du personnel sur le cheminement de l'utilisateur pour désengorger les urgences.

La direction travaille à peaufiner la procédure existant pour un plan de désencombrement et de mobilisation. Elle est encouragée à poursuivre son implication et son dynamisme pour ce grand défi.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

La Direction des services généraux et partenariats urbains (DSGPU) a été créée à l'automne 2019.

Il faut souligner que cette équipe a été fortement sollicitée lors de la pandémie afin d'aller prêter main-forte aux autres directions du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. La fin de l'implantation de la direction coïncide avec les quatrième, cinquième et sixième vague de la pandémie.

L'objectif de la création de cette direction a été d'intégrer l'ensemble des services à la population dans une approche de transversalité de promotion et afin de faire cheminer le concept de santé urbaine.

La direction porte une double mission puisqu'elle est un banc d'essai pour différents projets du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le volet régional y est bien présent et la vision des équipes dépasse largement les territoires locaux.

La DSGPU assure la coordination régionale des mesures d'urgence, de sécurité civile et de l'accès réseau. Le soutien à la communauté par la mise en place de comités et de projets y est remarquable.

L'interdisciplinarité est une grande force de l'équipe.

Il faut souligner le dynamisme de cette équipe et l'enthousiasme démontré au cours de la visite. Des initiatives porteuses, telles que la consultation faite lors d'un colloque sur la santé urbaine, ont permis à la direction de recenser plus que quatre-vingts (80) initiatives de santé urbaine et d'en dégager des priorités toujours en ayant en tête l'arrimage et la transversalité CIUSSS.

Une clinique universitaire intercommunautaire en lien avec l'Université de Montréal est en gestation et l'équipe est invitée à poursuivre dans cette optique, à la documenter et à y intégrer des outils de mesure.

L'équipe est également invitée à mettre en place un plan de gestion intégré de la qualité qui regroupe à la fois l'ensemble des initiatives en cours et les projets à venir. L'ajout d'indicateurs de suivi et l'évaluation des mesures mises en place sont également à poursuivre. À cet égard, il faut noter qu'il y a une multitude de tableaux de bord dans le logiciel I-CLSC, toutefois l'équipe est invitée à identifier ceux pour qui la mesure peut être importante à suivre afin d'évaluer la portée des interventions effectuées.

L'équipe est encouragée à poursuivre et à documenter les projets qui ont un impact sur l'accessibilité en première ligne. Le GAP et la mise en place de cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées sont une piste de solutions non négligeable en lien avec la précarité des services des urgences.

L'utilisateur partenaire est intégré et l'équipe est encouragée à poursuivre dans cette approche d'implication des usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Le Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) constitue la porte d'entrée principale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en ce qui a trait aux demandes de service de nature sociale; il aide à identifier les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services appropriés. La population, en grande majorité, appelle ou se présente à l'accueil des centres locaux de services communautaires (CLSC) pour exprimer sa demande d'aide.

De bonnes pratiques sont en place afin d'aider à accueillir et à repérer la personne suicidaire, à estimer la dangerosité de son passage à l'acte, à intervenir auprès d'elle, à l'orienter et à la référer ou à l'accompagner vers d'autres services du CIUSSS, notamment vers le service Urgence psychosociale-justice (UPS-J) ou des partenaires en intervention de crise du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

Le PQPTM (Le Programme québécois pour les troubles mentaux) sera prochainement intégré aux soins et services en place actuellement, ce qui permettra de bonifier l'offre de service pour la clientèle concernée. Les différents questionnaires validés scientifiquement selon le trouble mental permettront d'évaluer les symptômes et le niveau de fonctionnement de la personne afin d'ajuster les traitements à son évolution et à ses besoins.

Le service est doté d'outils pratiques et efficaces pour le cheminement des demandes de services. Cependant, bien que des outils efficaces soient mis à la disposition du personnel pour offrir des soins et services de haut niveau, un risque demeure, car la majorité des programmes ont des listes d'attentes et empêche une fluidité interprogramme.

Le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des usagers et il exécute ses tâches et ses responsabilités dans cet esprit. Il est suggéré de poursuivre les efforts en lien avec la compréhension et la promotion de la déclaration des incidents afin d'implanter une culture plus solide dans les services psychosociaux puisque le réflexe est plutôt de ne pas remplir des déclarations, car l'intervention par téléphone ou en personne est de courte durée.

De plus, il importe de s'assurer que tous les retours aux équipes par le biais des stations visuelles sur les lieux de travail se poursuivent, notamment dans le but de diffuser les moyens d'amélioration mis en place en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services. Ceci permettra de maintenir la mobilisation du personnel et de lui donner la possibilité de participer activement dans l'élaboration de solutions dans les défis que confronte l'établissement.

En général, le service peut compter sur une équipe dynamique avec des individus qui communiquent, collaborent et coordonnent leurs activités pour accomplir un travail de qualité. La restructuration qui est en cours pour affecter un gestionnaire par réseau local de service (RLS) et la solide expérience des spécialistes en activités cliniques permettront d'accomplir ensemble un travail à haute valeur ajoutée.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
4.1.51 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	

Les usagers et les familles sont impliqués dès le début de leur consultation avec respect, transparence et collaboration. L'approche est basée sur la capacité de chaque usager de participer à ses soins ou services. L'information transmise à l'usager et à sa famille permet une meilleure compréhension de la situation et leur accorde la possibilité de prendre part aux décisions. Les intervenants s'assurent que les usagers participent aux plans d'intervention et comprennent bien l'information concernant les services fournis et ceci est reflété dans les outils de travail. La collaboration interdisciplinaire est très présente dans toutes les équipes, ce qui maximise les compétences et le champ d'activités de tous les professionnels au profit des usagers.

Les équipes travaillent en concertation et s'entraident pour répondre à l'offre de service. Les intervenants sont centrés sur les services de qualité auprès des usagers. Ils interagissent avec l'usager qui est au centre des interventions.

Dans les Services généraux, volet social, le personnel est familier avec les mécanismes utilisés pour assurer le transfert de l'information en temps opportun ainsi que l'importance de documenter le mécanisme qui a été utilisé pour communiquer efficacement l'information lors de la transition. Généralement, les professionnels demandent aux usagers, aux familles et aux prestataires de services, s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin et ils assurent de faire des transferts personnalisés pour éviter des bris de service. Toutefois, on remarque qu'aucun moyen n'est utilisé pour vérifier et évaluer l'efficacité du transfert de l'information à travers les services internes et externes afin d'apporter des améliorations en fonction de la rétroaction.

La conformité aux pratiques d'hygiène des mains est appliquée dans toutes les installations. Des évaluations sont effectuées pour évaluer la conformité. Les résultats de l'évaluation ne sont pas diffusés auprès des équipes pour apporter des améliorations aux pratiques en place.

Le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des usagers et il exécute ses tâches et ses responsabilités dans ce sens. Il est recommandé de mettre un accent particulier et de poursuivre les efforts en lien avec la compréhension et la promotion de la déclaration des incidents afin d'implanter une culture plus solide dans les services psychosociaux.

Il est recommandé d'instaurer des salles de pilotage pour créer un moment spécifique dans lequel les employés choisissent de mettre en commun l'information générée au sein de l'établissement, d'intégrer les enjeux, les priorités et les projets de l'organisation afin d'en assurer la cohérence dans les décisions prises et les actions menées.

C'est un constat unanime, la pénurie de ressources humaines et la mouvance continue du personnel, tout récemment dans ce secteur des services généraux, est un défi. Bien que la majorité des postes sont pourvues, il faudra proposer et mettre en œuvre des solutions concrètes qui pourront être appliquées afin de retenir le personnel en poste. Il sera nécessaire d'apprendre de nouvelles façons de faire et d'avoir le courage d'explorer différentes approches, tel que l'introduction de la flexibilité dans les horaires de travail ;: par exemple, l'autogestion des horaires.

En conclusion, il est recommandé de soutenir les équipes pour la poursuite et le développement de l'offre de service de ce secteur d'activité.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Les services généraux, les activités cliniques et d'aide offertes en première ligne répondent à l'ensemble des besoins des personnes qui vivent une situation particulière momentanée ou encore présentent la plupart du temps des problèmes ponctuels.

Le programme des Services généraux du CIUSSS, dans sa fonction de AAOR, accueille sur place ou par téléphone les demandes et les achemine vers les ressources ou les services appropriés du milieu. Dans ce cadre, il assure de cerner le risque de suicide chez les personnes en situation de crise ou de détresse afin de les orienter vers le service approprié.

Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'intervention en situation de crise dans le milieu est assurée par l'équipe d'urgence psychosociale-justice (UPS-J) qui exerce un mandat local et régional.

Ce service intervient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sur les lieux d'une situation de crise. Les équipes interviennent de façon urgente auprès des personnes dont l'état mental est perturbé et dans les situations où elles peuvent représenter un danger pour elles-mêmes ou autrui. Ce service de coordination entre les corps policiers et les services ambulanciers contribue à éviter un recours à la salle d'urgence, l'hospitalisation et la judiciarisation des personnes en lien avec leur état mental. Les mêmes équipes ont le mandat de recommander et d'accompagner l'application de l'article 8 de la Loi P-38 (LPP) lorsque la situation est urgente, l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même et pour autrui et il est impossible d'obtenir son consentement.

Un arbre décisionnel en intervention de crise est disponible pour permettre de bien orienter les demandes sur le plan local. Dans une optique d'amélioration, la rédaction d'un guide plus approfondi permettra de formaliser les responsabilités et les engagements des parties déjà en place afin d'assurer un lien de cohérence, de continuité et de complémentarité entre elles à l'égard de l'intervention sur le territoire, dans le cadre de l'intervention de crise.

L'établissement a développé plusieurs partenariats dans la communauté autant en santé mentale et dépendance qu'en itinérance. Ces partenariats contribuent grandement à la dispensation des soins de qualité à la population et l'amélioration de la trajectoire des usagers pour réduire la congestion au Service des urgences. L'équipe d'UPS-J, contribue de façon proactive avec des équipes internes et des équipes des autres secteurs régionaux pour réduire et éviter un recours aux salles d'urgence.

Il est important aussi de souligner que des arrimages complémentaires ont été établis avec le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) et UPS-J, s'adressant aux parents de jeunes âgées de 5 et 17 ans. Il vise à désamorcer une crise individuelle ou familiale, éviter une rupture relationnelle ou un geste violent.

Il sera important de poursuivre les efforts de concertation entre les acteurs impliqués en intervention de crise sur le plan local.

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

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

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

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

En plus de ses mandats locaux, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) coordonne aussi des mandats régionaux sur toute l'île de Montréal, suprarégionaux et provinciaux. Que ce soit au niveau administratif ou clinique, ses mandats sont réalisés au-delà du territoire sous la responsabilité de l'établissement, en fonction des expertises de pointe développées dans l'organisation à travers les années.

L'établissement possède un plan détaillé d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile qui s'appuie sur une approche globale et intégrée en matière de gestion et de réponses aux possibles sinistres sur le plan régional. Sous l'autorité du coordonnateur régional, ce secteur a la responsabilité de mettre en place et d'assurer la coordination ainsi que la concertation des tous les acteurs misant sur la réalisation d'actions complémentaires permettant de garantir un développement harmonieux de la sécurité civile dans la région de Montréal.

Les membres de cette équipe sont engagés, passionnés et mènent avec grande fierté le mandat de maître d'œuvre de la coordination territoriale montréalaise. C'est donc avec énormément de fierté et d'enthousiasme que l'équipe communique ses réalisations reflétant leurs valeurs qui s'incarnent dans l'ensemble de leurs actions, telles que la qualité, la rigueur, l'innovation et le partenariat dans leur travail au quotidien.

Le plan en sécurité civile est complet et inclus des outils de travail pour toutes les étapes principales des services psychosociaux en mesure d'urgence. Un fort leadership de coordination est observé avec les autres établissements du réseau, les organismes et autres partenaires relativement aux activités majeures de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement pour la métropole de Montréal. Il est important de mettre plus en contribution les organismes communautaires ou autres services dans le milieu spécialisé dans une mission spécifique (exemple en santé mentale) afin d'apporter une meilleure complémentarité de services surtout dans un contexte de pénurie de personnel dans tous les secteurs.

Le centre opérationnel de sécurité (COS) est la centrale névralgique et la pierre angulaire d'une réponse structurée et coordonnée pour l'ensemble des activités entourant la sécurité des installations du CCSMTL et sera un modèle à exporter vers les autres CIUSSS sur le territoire montréalais. Ce modèle permet de faire une sorte de repérage de personne en détresse sur le territoire et mobiliser rapidement une réponse d'intervention par du personnel qualifié selon les besoins.

Les membres de l'équipe locale d'intervention psychosociale en mesure d'urgence et sécurité civile reçoivent une formation de base. Les rencontres de formation continue annuelles devraient reprendre dans le contexte de reprise des activités régulières du réseau. Le témoignage des intervenants qui participent dans les opérations des mesures d'urgence peut jouer un rôle dans le recrutement des futurs participants aux équipes dédiées et même permettre d'envisager d'inclure la participation des organisateurs communautaires.

L'équipe de la coordination régionale collabore également à la liaison en matière de gestion des salles d'urgence en partenariat avec les établissements et Urgence Santé. Ce rôle est primordial pour escalader les besoins et proposer des améliorations dans ce dossier qui posent des défis particuliers.

Bravo?! Une solide équipe qui cherche et trouve des moyens novateurs pour répondre aux besoins en constante évolution.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.11 Un processus de soins ou de services est utilisé après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les usagers et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
8.1.26 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.1.29 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
8.1.39 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
<p>8.1.41 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>8.1.41.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>8.1.41.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>8.1.41.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p>	
8.1.48 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!

8.1.49	Le plan d'intervention interdisciplinaire de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.60	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
8.1.60.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
8.1.61	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
8.1.62	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
8.1.62.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, est tenu responsable d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.	
8.1.62.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
8.1.62.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
8.1.62.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	

8.1.62.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
8.1.62.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
8.1.62.7	Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).	
8.1.62.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
8.2.8	Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Groupe de médecine de famille (GMF) Saint-Louis du Parc

Le GMF de Saint-Louis-du-Parc fait partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Il s'agit d'un GMF de niveau 5, comptant plus de 20 000 inscriptions pondérées. Une équipe interdisciplinaire soutenue par une gestion clinico-administrative assure les soins et services selon les exigences de l'entente ministérielle. Il importe de remarquer que compte tenu de l'espace actuellement disponible, l'équipe ne peut augmenter le niveau du GMF.

L'équipe participe au décongestionnement du service des urgences en ajoutant des plages pédiatriques en après-midi et pour les 65 ans et plus. Par ailleurs, des rendez-vous avec un médecin de famille la journée même peuvent être obtenus. On y retrouve également la réorientation P4-P5 ainsi que l'accès adapté. L'équipe assure également du suivi intensif à domicile. Des démarches sont en cours pour participer au guichet d'accès en première ligne (GAP) et à l'inscription de groupe.

Ce GMF se démarque par un taux d'assiduité de 95%. Cette donnée témoigne de soins centrés sur les usagers et l'accessibilité aux services.

Une équipe interdisciplinaire assure les services en cohérence avec les valeurs organisationnelles du CIUSSS: Respect, engagement, passion et collaboration.

Il n'a pas été possible de mettre en évidence un suivi systématique des tableaux de bord d'indicateurs de qualité et le développement de projets d'amélioration de la qualité.

Le consentement obtenu est implicite et n'est pas toujours consigné au dossier. L'établissement est invité à émettre des directives concernant le consentement au dossier des usagers.

Au niveau de l'approche usager partenaire, l'équipe fait parfois appel aux usagers ressources de façon ponctuelle pour participer au développement de certains projets. L'établissement est invité à considérer cette démarche plus formellement.

Un grand nombre de rejets a été constaté au niveau des analyses de laboratoire. Il semble que cela est dû au flux d'envois et aux délais de réception pour le traitement de l'analyse. En tenant compte du nombre d'examens rejeté et des contraintes que cela représente pour les usagers qui doivent retourner au CLSC afin de refaire leurs examens, il serait pertinent que l'établissement appuie la chef de service pour l'obtention d'une centrifugeuse.

Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Notre-Dame

Le GMF-U Notre-Dame est de niveau 4 avec une présence de 20 résidents sur une base annuelle. L'ensemble des médecins font de la supervision de résidents. Le GMF-U est affilié au service de périnatalité du Réseau local de santé (RLS) Jeanne-Mance. Plusieurs cliniques ont été instaurées afin de faciliter l'apprentissage des résidents.

Dans la salle d'attente, une télévision en circuit fermé indique aux usagers, leurs droits, l'accès aux plaintes et les informe sur les questions d'ordre éthique

Au niveau des défis, l'équipe est invitée à structurer un plan d'amélioration de la qualité. Plusieurs sont en cours, toutefois il faudrait mettre en place des indicateurs de suivi afin de suivre l'évolution et apporter les améliorations nécessaires, au besoin.

L'implication de la clinique dans la décongestion des services des urgences est à réfléchir. Le manque d'accessibilité pour les urgences semble être une problématique à évaluer. Dix plages horaires en ligne et dix plages horaires sur appel sont offertes chaque jour, ce qui semble insuffisant selon la clientèle.

L'accès adapté semble représenter un enjeu au niveau du 3e rendez-vous disponible compte tenu du manque de médecins et de la disponibilité de ces derniers. Toutefois, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont en renfort et soutiennent les équipes.

Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Verdun

Le Groupe de médecine de famille universitaire de Verdun (GMF-U de Verdun) est un GMF mixte de niveau 10, affilié à une clinique de réseau intégré et à l'Université de Montréal. Le groupe assure également la responsabilité de la Maison bleue dont la mission est d'intervenir auprès des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Le GMF-U est composé de 35 médecins, 28 résidents, 28 externes et d'une équipe interdisciplinaire engagée. L'équipe compte sur le soutien d'une gestion clinico-administrative efficace pour assurer la mission d'enseignement du GMF. Des soins centrés sur les personnes sont développés autour des axes suivants : la pédiatrie, la santé mentale et la toxicologie, la santé de la femme, la gériatrie, les soins palliatifs et le locomoteur.

L'équipe participe au décongestionnement des services des urgences en participant à la réorientation P4 et P5 et à l'accès adapté. Par ailleurs, compte tenu de la proximité avec l'Hôpital de Verdun et la disponibilité du plateau technique, les soins sont dispensés aux usagers au GMF autant que possible afin d'éviter de les référer au service des urgences. De plus, des démarches d'adhésion au guichet d'accès à la première ligne (GAP) sont en cours.

Il serait pertinent d'évaluer des données sur le cheminement des usagers afin de déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au service des urgences afin d'apporter des améliorations, si possible.

L'équipe est régulièrement invitée à participer à des activités de recherche toujours dans un but d'amélioration de la qualité.

Il existe une problématique au niveau de la disponibilité des locaux; l'établissement est invité à envisager des solutions.

Groupe de médecine de famille (GMF) de Saint-Henri

Le GMF de Saint-Henri est de niveau 3 avec 15 000 usagers inscrits. Il est ouvert du samedi au dimanche de 8 h à 16 h. La majorité des médecins sont présents les jeudis et offrent une clinique de consultations sans rendez-vous de 30 plages horaires. Des rendez-vous sont également réservés pour des urgences.

Les usagers sont satisfaits des soins et services reçus, mais mentionnent qu'ils ne peuvent plus se présenter comme auparavant à la clinique pour une situation d'urgence s'ils n'ont pas de rendez-vous et se retrouvent dans l'obligation de se rendre au service des urgences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
9.1.15 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
<p>9.1.28 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>9.1.28.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>9.1.28.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>9.1.28.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>9.1.28.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>9.1.28.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

9.1.40.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.

9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

9.1.43 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.

9.1.44 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

9.1.44.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, est tenu responsable d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.

9.1.44.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.

9.1.44.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.

9.1.44.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.



- 9.1.44.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 9.1.44.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 9.1.44.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.44.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

Les services de santé courants du Centre local de services communautaires (CLSC) de Verdun sont fournis par le personnel infirmier qui dispense toute une gamme de services à la population ambulatoire de tout âge. Une équipe motivée et enthousiaste fournit les soins et services à des heures prolongées; le personnel est disponible le jour et le soir, les fins de semaine et les congés fériés. Les soins de services courants comprennent : l'administration de médicaments injectables et intraveineux, les soins de plaie, les soins de cathéters veineux périphériques ou centraux, les soins génitaux urinaires, les soins de stomie et pessaire, le retrait d'agrafes ou de points de suture, des activités de dépistage, l'enseignement, l'autosoins, etc.

Outre les soins sur rendez-vous, il existe également un service infirmier sans rendez-vous afin de répondre aux besoins urgents des usagers. L'équipe utilise un dossier électronique. Un consentement implicite des usagers est obtenu et le personnel le consigne au dossier.

Au niveau des points de transition, il n'y a pas eu d'évaluation de l'efficacité de la communication. L'établissement est invité à effectuer cette évaluation.

L'équipe aurait souhaité avoir plus d'autonomie afin d'effectuer certaines activités cliniques au lieu de référer les usagers dans une clinique médicale. Toutefois, des ordonnances collectives sont requises pour poser certains actes. Dans ce contexte, l'établissement est invité à entreprendre cette démarche en collaboration avec l'équipe médicale.

Services de santé courants, CLSC Île-des-Sœurs

Il s'agit d'un point de chute qui est instauré depuis quatre ans pour répondre aux besoins de la population vieillissante du secteur. L'heure d'ouverture est de 7 h à 15 h. Une seule infirmière assure les activités cliniques bien qu'on y retrouve presque tous les soins et services offerts par le personnel des services courants. Les dossiers sont informatisés. Le plan thérapeutique infirmier y figure. Quant au consentement verbal ou implicite, il est consigné au dossier. Les membres de l'équipe. L'infirmière et les assistantes médicales apprécient l'environnement de travail ainsi que l'horaire. Elles témoignent de la reconnaissance et de la satisfaction des usagers grâce à leurs objectifs de « toujours bien faire le travail ». Un point de chute similaire devrait être bientôt implanté dans le secteur de la Petite-Bourgogne.

Services de santé courants, CLSC Saint-Louis-du-Parc

Les services sont offerts à tous les groupes d'âge de la population ambulatoire et sont accessibles tous les jours, incluant les fins de semaine et les jours fériés.

L'équipe décrit un environnement de travail agréable où règne la solidarité pour bien effectuer le travail. Les soins et services sont centrés sur la personne. Un projet d'ordonnances collectives est en cours grâce à l'implication d'un médecin répondant afin de promouvoir l'autonomie des infirmières. Il convient de mentionner la collaboration exceptionnelle de l'équipe médicale du GMF du CLSC Saint-Louis-du-Parc en soutien à l'équipe des services de santé courants.

Les dossiers sont informatisés. En ce qui concerne le consentement, il s'agit d'une autorisation implicite ou verbale. L'équipe le consigne au dossier.

Un tableau de bord avec des indicateurs de qualité et des projets d'amélioration de la qualité serait pertinent.

L'équipe semble manquer du matériel: échographe vésical (bladder scan), une 2e pompe à perfusion, etc. L'établissement est invité à pourvoir l'équipement nécessaire pour effectuer le travail de façon optimale.

Les usagers sont satisfaits des services. Toutefois, il est suggéré d'avoir un endroit réservé dans la salle d'attente pour les fauteuils électriques.

Services de Santé courants, CLSC Sainte-Catherine

Ce CLSC est ouvert du lundi au vendredi de 8 à 17 heures.

L'équipe accueille une clientèle variée, des hommes et des femmes de tout âge, mais particulièrement des hommes ayant une problématique d'itinérance, des étudiants et des usagers en santé mentale. On retrouve également une clientèle aisée qui habite près du Vieux-Port de Montréal.

La collaboration avec le groupe de médecine de famille (GMF), installé dans les locaux adjacents, est présente, mais informelle. L'équipe médicale est présente pour répondre aux situations d'urgence.

Il serait pertinent de mettre en place des ordonnances permanentes afin de résoudre certaines problématiques sans les soumettre au personnel médical. Dans le contexte du déploiement d'une première ligne forte, l'établissement est invité à s'assurer que les infirmières qui font de la première ligne ont tous les outils et les accès leur permettant de bien exercer leur rôle. L'évaluation et le dépistage de la clientèle à risque de chutes ne sont pas systématisés.

Services de santé courants, CLSC de la Visitation

Le CLSC de la Visitation offre une grande accessibilité. Les services courants sont disponibles 7/7 et du lundi au vendredi de 8 à 20 heures, de même que les samedis et dimanches et les jours fériés.

La clientèle accueille des usagers ambulatoires de tout âge. Les problématiques d'itinérance, de toxicologie y sont moins fréquentes qu'au CLSC Sainte-Catherine.

Les services de santé courants sont situés sur le même étage que le GMF-U. Toutefois, le soutien médical n'est que lorsqu'une situation d'urgence se présente.

Le personnel rencontré est remarquable et est dévoué aux soins et services à la clientèle.

L'équipe est invitée à identifier des stratégies afin de développer le rôle autonome des infirmières. Il semble que des ordonnances permanentes soient difficiles à obtenir et à finaliser en raison de la pénurie qui affecte d'autres secteurs de l'établissement.

La fragilité des équipes demeure au niveau de la rétention des effectifs en lien avec la fonction autonome des infirmières. Ces dernières apprécient leur rôle au niveau des services de santé et leur autonomie devrait être encouragée.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	
1.1 L'organisme dispose d'un document de conception pour le service de télésanté.	
1.2 Les politiques, les procédures et les mesures de sécurité sont établies lors de la mise en oeuvre du service de télésanté.	
1.4 L'organisme dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et de s'assurer des caractéristiques de qualité requises du service de télésanté et d'observer les résultats.	!
1.5 Le service de télésanté est offert uniquement aux usagers dûment sélectionnés qui répondent aux critères d'admissibilité	!
1.7 Une procédure permet de répondre aux demandes de service de télésanté en temps opportun, comme il convient.	
2.3 Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
3.1 Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.	
3.4 Les incidents liés au non-respect de la sécurité d'un utilisateur sont signalés et gérés conformément aux politiques, aux procédures et aux processus de l'organisme.	!
3.5 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent et d'apporter des améliorations, et ce, en collaboration avec les usagers.	!
3.6 Un mécanisme de prévention des cas de non-respect de la sécurité des usagers est élaboré en collaboration avec les usagers.	!
3.9 Le plan d'interopérabilité de l'organisme est établi avec la participation intégrale des intervenants.	

3.11	Le service de télésanté est conçu de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.	
4.1	Les renseignements sur le service de télésanté sont à la disposition de l'utilisateur et des représentants de l'utilisateur.	!
4.6	Les renseignements sur les activités d'amélioration de la qualité, les résultats et les apprentissages liés au service de télésanté sont communiqués aux usagers, aux équipes de soins, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin	
7.1	Le service de télésanté s'assure que l'ensemble des lois sur la sécurité, la protection de la vie privée, des règlements ainsi que des normes et codes internationaux applicables au service sont respectés.	!
7.3	Un programme d'orientation officiel et complet sur le service de télésanté est offert aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux membres de la famille, si nécessaire.	!
8.1	Il y a un accord écrit entre l'établissement qui offre le service de télésanté hors site et l'établissement qui offre à l'utilisateur des soins directs dans le cadre du service de télésanté.	
8.2	Les accords sur les niveaux de services avec l'ensemble des intervenants sont établis et documentés.	
9.3	L'organisme, les usagers et les cliniciens déterminent les éléments de la consultation qui devraient être consignés.	

Commentaires des visiteurs

Processus prioritaire : Télésanté

La structure de gouvernance de la télésanté est définie et c'est une nouvelle équipe qui cumule ces fonctions depuis un an jumelé avec d'autres responsabilités. Le comité directeur de transformation numérique est l'instance stratégique de télésanté. Un usager ressource siège à ce comité. Un comité tactique local assure la planification et la coordination de la télésanté. On retrouve aussi un comité de soutien et une cellule de pilotage. Des gestionnaires de la télésanté agissent en codirection, l'un pour le volet clinique et l'autre pour le volet technologique. La structure prévoit un répondant en télésanté.

Le processus d'adoption de la politique de télésanté est amorcé et l'adoption ainsi que la diffusion sont prévues pour février 2023.

La pandémie est devenue un levier pour la télésanté, car plusieurs intervenants se sont retournés vers cette modalité pour maintenir une offre de services. Au printemps 2020, des documents pour soutenir la pratique ont été diffusés soit des balises pour le télétravail et les interventions à distance et des lignes directrices sur la télésanté, portée générale.

Le besoin de mieux structurer et accompagner le développement de l'offre de service de la télésanté et de soutenir la réussite des projets est présent. La mise en place de moyen pour surveiller et encadrer les services et les évaluer est à développer.

On dénombre 47 services utilisant la modalité de télésanté pour offrir des soins et services. L'équipe est encouragée à définir des critères de priorisations des projets et à informer les promoteurs potentiels. La promotion de la télésanté est à poursuivre auprès des intervenants. Le soutien des utilisateurs est primordial, car les difficultés techniques demeurent un enjeu de taille. La vétusté du parc informatique et l'interopérabilité souvent déficiente des systèmes sont des freins au développement de projet.

Les usagers consultés qui ont accès à cette modalité de services démontrent un haut niveau de satisfaction. En plus d'avoir participé à des rencontres avec des usagers, il y a eu une démonstration d'une station visuelle virtuelle qui a été développée pour les besoins de gestion d'une équipe très astucieuse. Ce genre de projet n'est pas recensé, ce qui laisse croire que l'étendue de l'utilisation de la télésanté est sous-estimée. Le partage de ces initiatives pourrait profiter à l'ensemble de l'établissement.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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