



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 1

Rapport publié: 17/01/2025

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	5
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	6
Soins centrés sur les personnes	6
Aperçu de l'amélioration de la qualité	6
Aperçu du programme	7
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	8
Résultats selon les dimensions de la qualité	12
Pratiques organisationnelles requises	13
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	15
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	15
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	17
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	18
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	19
Santé publique	22
Télésanté	24
Programme de prévention et de contrôle des infections	26
Services de retraitement des dispositifs médicaux	32
Gestion du circuit du médicament	38

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 03/11/2024 au 08/11/2024.

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

Confidentialité

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

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

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

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Sud de l'Île de Montréal (CCSMTL) assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population urbaine de plus de 340 000 citoyens sur un territoire de 46 km². L'établissement offre des soins et services dans les secteurs suivants: Faubourgs, Plateau Mont Royal, Saint Louis du Parc, et Verdun, Côte Saint Paul, Ville Émard, Saint Henri, Petite Bourgogne et Griffintown. Il coordonne également des mandats régionaux pour l'île de Montréal et suprarégionaux.

Le CIUSSS du Centre Sud de l'Île de Montréal détient et possède cinq désignations universitaires, réparties en six dimensions : l'enseignement, les pratiques de pointe, le transfert et l'utilisation des connaissances, le rayonnement, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, ainsi que la recherche.

Pour réaliser le mandat qui lui est confié, le CIUSSS du Centre Sud de l'Île de Montréal compte sur l'expertise de plus de 21 000 employés auxquels s'ajoutent 363 médecins de famille, 408 médecins spécialistes et 900 bénévoles répartis dans 195 installations et un budget de 1,2 milliard. 22 comités de résidents et 10 comités d'usagers, de même que 14 fondations soutiennent avec engagement les activités.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Soulignons dans un premier temps qu'une collaboration active est manifeste entre le CCSMTL et les partenaires sectoriels et intersectoriels de la communauté. Ces derniers témoignent de la qualité de la communication entre eux et l'organisation, de même que le soutien indéfectible qu'ils reçoivent. La gestion intégrative et l'interdisciplinarité sont des approches bien ancrées non seulement dans la philosophie de gestion et d'intervention de l'établissement, mais aussi dans le quotidien des parties prenantes.

De nombreux efforts sont déployés pour bien répondre aux besoins des usagers. La coordination inter programmes est présente, le processus de cheminement de la clientèle est approprié et plusieurs innovations soutiennent les travaux. Les obstacles à la fluidité sont identifiés et résolus en partenariat avec la communauté. La volonté de standardisation des outils et des approches se reflète dans la réalité.

Un bureau de partenariat usager est responsable de s'assurer de l'implication des usagers et des proches. L'équipe travaille aussi avec les résultats du mécanisme de traitement des plaintes et la gestion des risques pour améliorer ses résultats. Un processus de sondage de satisfaction de la clientèle est en déploiement et une attention spécifique à ce dossier devra être poursuivie pour améliorer le mécanisme en vue d'avoir accès à ces précieux renseignements.

La structure de gouvernance en prévention et contrôle des infections (PCI) comprend un comité stratégique et un comité interdisciplinaire. Cette structure est en place depuis 2020. Durant la pandémie de COVID-19, l'établissement a dû réorganiser la structure en prévention et contrôle des infections. Nous soulignons une collaboration étroite entre les différents services au sein des comités. De plus, un engagement est palpable dans leur implication auprès des usagers.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Les visiteurs ont rencontré une organisation axée sur l'excellence et tournée vers le futur. La direction est pleinement consciente des défis futurs qui l'attendent. Le CIUSSS, guidé par l'amélioration continue, saura certainement faire face aux grands défis sociaux et démographiques qui l'attendent. Les visiteurs soulignent d'une seule voix le caractère audacieux et innovant des différentes composantes de l'organisation. Dans un souci constant de rapprocher les services des usagers de la télé santé et ta continuelle évolution. Riche d'une équipe de chercheurs et de cliniciens à la fine pointe des meilleures pratiques l'organisation œuvre dans un environnement éthique de très haut niveau. En conclusion l'équipe de visiteurs réitère la pertinence et l'utilisation judicieuse des données réalisées à l'intérieur de l'organisation.

Néanmoins des défis importants ont pu être notés. Que ce soit des enjeux liés au double rôle d'établissement local et régional, que ce soit des enjeux liés à la reconnaissance, à l'harmonisation des services, à la répartition des ressources ou encore à la rareté des ressources humaines spécialisées, il n'en demeure pas moins que malgré l'excellence observée par les visiteurs d'importants défis continuent de se poser à l'établissement.

Soins centrés sur les personnes

L'établissement offre une gamme de services extrêmement variés, complémentaires et professionnels. La qualité des soins y est indéniable, la sensibilité de l'organisation aux différents profils de clientèle présente sur son territoire l'amène à devoir faire continuellement preuve de créativité d'adaptation et d'être à l'écoute de sa population. En continuelle amélioration sensible à l'innovation, l'établissement et ses composantes tendent toujours vers l'utilisation la plus optimale de l'ensemble des ressources mises à leur disposition.

Nonobstant cette sensibilité les visiteurs recommandent à l'organisation de réfléchir en collaboration avec l'utilisateur et ces proches à la sécurisation culturelle, à la sécurisation des clientèles marginales, et à l'identification des besoins spécifiques à une clientèle en continuelle transformation. Finalement les visiteurs suggèrent à l'établissement d'évaluer en continu les mécanismes de fluidités et les stratégies utilisés pour augmenter la performance hospitalière de façon à avoir une lecture globale de la situation.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Les visiteurs furent à même de constater le dynamisme de l'équipe qualité qui joue un rôle transversal et qui par son investissement assure l'optimisation des ressources. L'efficacité et l'efficience financière font partie intégrante de la démarche qualité. L'adéquation finance/qualité guide l'amélioration continue et l'innovation prend une place de choix au sein de l'organisation. À l'écoute de l'utilisateur et de ses proches, le leadership s'exerce dans un modèle de collégialité et de façon circulaire.

Les visiteurs tiennent par compte à rappeler à l'organisation l'importance de s'assurer de la qualité et de la sécurité dans l'ensemble des sites en particulier dans les plus petits sites où des manquements ont pu être observés.

Aperçu du programme

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

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

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

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Pointe-aux-Trembles	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Pointe-aux-Trembles	Gestion du circuit du médicament
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation du Mont-Saint-Antoine	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation du Mont-Saint-Antoine	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement de Saint-Henri	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement de Saint-Henri	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	Gestion du circuit du médicament
CLSC du Plateau-Mont-Royal	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC du Plateau-Mont-Royal	Services de retraitement des dispositifs médicaux

Installation	Chapitre
CLSC du Plateau-Mont-Royal	Gestion du circuit du médicament
CLSC Île-des-Sœurs	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Île-des-Sœurs	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs	Gestion du circuit du médicament
GMF-U Notre-Dame	Programme de prévention et de contrôle des infections
GMF-U Notre-Dame	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Verdun	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Verdun	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de Verdun	Gestion du circuit du médicament
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)	Programme de prévention et de contrôle des infections
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Notre-Dame	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Notre-Dame	Services de retraitement des dispositifs médicaux

Installation	Chapitre
Hôpital Notre-Dame	Gestion du circuit du médicament
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	Programme de prévention et de contrôle des infections
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	Gestion du circuit du médicament
Maison de naissance Jeanne-Mance	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison de naissance Jeanne-Mance	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Maison de naissance Jeanne-Mance	Gestion du circuit du médicament
Santé publique – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (territoriale)	Santé publique
Santé publique – Direction régionale de santé publique de Montréal	Santé publique
Situations d'urgence et de sinistres - régional	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Situations d'urgence et de sinistres - territorial	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation Godbout	Programme de prévention et de contrôle des infections
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation Godbout	Gestion du circuit du médicament
RAC Nicolas-Moisán	Programme de prévention et de contrôle des infections
RAC Nicolas-Moisán	Gestion du circuit du médicament
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-des-Prairies	Programme de prévention et de contrôle des infections

Installation	Chapitre
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-des-Prairies	Gestion du circuit du médicament
RAC Perras	Programme de prévention et de contrôle des infections
RAC Perras	Gestion du circuit du médicament
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Télésanté
GMF-U Notre-Dame	Services de retraitement des dispositifs médicaux

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	32	3	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	13	4	0	17
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	11	1	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	19	3	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	36	5	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	166	25	2	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	154	64	1	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	47	1	0	48
Total	478	106	3	587

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	0 / 5	0.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	2 / 5	40.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	2 / 5	40.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	0 / 5	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		50 / 69	72.46%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

Évaluation du chapitre : 89,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 10,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

À partir des portraits de la santé populationnelle, des données probantes, des résultats de recherche réalisés tant à l'interne qu'à l'externe, l'établissement offre des services qui ciblent les besoins de sa population. Ceux-ci sont adaptés, professionnels, de qualité et généralement sécuritaires. Ces services L'évaluation continue fait partie intégrante de l'ADN de l'établissement à un niveau supérieur. L'établissement sait faire preuve de souplesse et d'ajustement pour s'adapter aux besoins changeants de sa population. Un des grands défis de l'établissement est dans l'adéquation des ressources locales versus régional et dans l'adaptation constante au contexte social du territoire en perpétuelle transformation. De plus, l'évaluation des impacts est à poursuivre.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.4.7	Les gestionnaires de l'établissement améliorent de façon continue les mécanismes visant à impliquer les parties prenantes dans les prises de décision en tenant compte de leur efficacité et de leur pertinence.	Priorité normale
2.6.2	Les gestionnaires de l'établissement encouragent un environnement de travail équitable dans lequel la main-d'œuvre se sent suffisamment en confiance pour déclarer des problèmes de sécurité.	Priorité élevée
2.7.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la main-d'œuvre comprend et répond aux besoins culturels de la communauté afin de fournir des services respectueux de ces spécificités.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.7.6	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté dans l'identification des obstacles liés à l'accès aux services et mettent en œuvre des actions pour les surmonter.	Priorité normale
2.8.6	Les gestionnaires de l'établissement communiquent le plan stratégique à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.	Priorité normale
2.9.5	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les autres parties prenantes pour élaborer les plans opérationnels découlant du plan stratégique.	Priorité normale
2.12.1	Les gestionnaires de l'établissement respectent les principes de durabilité sociale, financière et environnementale lorsqu'ils mettent en œuvre des services en réponse aux besoins de la population.	Priorité normale
2.12.4	Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable.	Priorité normale
2.12.5	Les gestionnaires de l'établissement considèrent les impacts des changements climatiques sur l'établissement et sur la santé de la population et adaptent l'offre de services en conséquence.	Priorité normale

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

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

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

Résultats de l'évaluation :

Les ressources humaines sont sans doute considérées par les directions de l'établissement comme étant les ressources les plus précieuses dont elles disposent en ce sens qu'elles sont traitées avec soin et l'ensemble des politiques et procédures qui visent la fidélisation, la rétention et le bien être des employés en témoignent. Des activités de reconnaissance sont organisées par l'établissement, mais en dépit des efforts fournis, les visiteurs constatent que les composantes humaines de l'organisation expriment quand même un plus grand besoin de reconnaissance.

Au niveau de la gestion des ressources matérielles, l'organisation est consciente de l'environnement, de l'aspect limité des ressources et du vieillissement de la population. Les responsables des ressources immobilières travaillent à partir d'une planification structurée, réfléchie et construite en collaboration avec les usagers et leurs proches. Par contre, les visiteurs ont constaté un niveau de vétusté important dans certaines installations.

Les ressources informationnelles en constante ébullition de travail à l'harmonisation des outils afin de continuer d'aider méthodiquement les diverses tâches, une fois complété, cet effort se traduira par une plus grande cohérence du travail des ressources humaines et garantira d'autant plus la sécurité des usagers qui sont au cœur de chacune des actions posées.

Le défi nous apparaît être au niveau de la communication interne et nous sommes sûrs que l'organisation saura faire preuve de créativité pour rejoindre l'ensemble de ces composantes c'est à dire les ressources humaines, les usagers et leurs proches.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 98,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,7 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les visiteurs ont rencontré une organisation très sensible à la gestion des risques. La sécurité des soins et services, ainsi que celle des usagers, de leurs proches et du personnel sont au premier plan des préoccupations de la haute direction. Les équipes travaillent en collaboration avec l'utilisateur et ses proches afin d'identifier, prévoir et corriger tout risque potentiel. Les visiteurs ont été impressionnés par la très grande qualité, la disponibilité et la performance de l'équipe éthique temps de la recherche que clinique.

La politique sur la violence bien que complète et adoptée nous a semblé, lors des rencontres avec le personnel, comme étant plutôt méconnue. Les visiteurs recommandent à l'organisation d'en faire la promotion et de s'assurer de sa compréhension par l'ensemble des composantes de l'organisation.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre sa vigilance en matière de gestion des risques et à continuer la promotion de la déclaration des incidents et des accidents dans un objectif d'amélioration continue et de sécurisation des soins et services.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.4.1	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que l'environnement physique de l'établissement respecte les lois et les règlements pertinents.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 80,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 19,4 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

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

Tant au niveau régional que local, nous avons rencontré des équipes passionnées par le type de travail réalisé qui s'inscrit dans une culture d'amélioration continue.

Régional :

Un y a un plan de sécurité civile global qui précise le cadre général dans lequel les actions sont déployées. Pour l'équipe régionale, son mandat consiste à assurer la coordination de la mission santé sur l'ensemble des territoires sous sa juridiction. C'est la raison pour laquelle, la coordination s'effectue non seulement au niveau des cinq territoires de CIUSSS, mais également sont inclus tous les établissements non fusionnés tel que le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM) pour ne mentionner que ceux là.

La direction régionale de santé publique recueille l'information des divers partenaires locaux et non fusionnés et détermine selon les axes mis de l'avant les priorités des plans d'action locaux en mesure d'urgence et de sinistre.

La direction régionale utilise un intranet Sharepoint qui est une plateforme web pour transmettre de l'information et des documents de référence ce qui permet aux établissements des différents territoires d'avoir accès à ce qui est le plus à jour possible.

L'équipe s'inspire des données probantes et assure une vigie en continu des risques et des vulnérabilités du territoire.

La démarcation entre les établissements locaux et les interventions de l'équipe régionale semblent comprises par les partenaires et nous encourageons l'équipe à demeurer sensible aux rôles et responsabilités dévolus aux diverses instances.

Des séances de débriefage sont effectuées après chaque événement ou simulation et nous invitons l'équipe à inscrire les pistes d'amélioration sous forme de plan d'action de manière à apporter les améliorations souhaitées et à faire en sorte que le moment venu, les mesures soient réalisées.

Le volet investigation des éclosions est rigoureusement documenté et encore une fois, il serait intéressant de valider les diverses améliorations dans un plan concerté d'amélioration continue avec les instances impliquées.

Nous soulignons la présence d'un guide des communications en mesure d'urgence régionales. Nous félicitons l'équipe qui a su créer un guide régional qui définit la responsabilité des établissements et les outils dans les différents processus de communication. Nous invitons l'équipe à s'assurer de l'intégration de cet outil fort intéressant auprès des établissements.

Certes, il y a une synergie entre les intervenants et partenaires pour l'intervention et le suivi en urgence tant régionale que locale.

L'évaluation des actions posées doit faire partie intégrante de toutes interventions mises de l'avant en situation d'urgence pour la santé et la sécurité de la population.

Locale :

Rapport de visite : Programme Qmentum Québec^{MC}

Page 19 de 44

Une petite équipe qui en mène large, créative, audacieuse et qui impressionne. À titre de CIUSSS, l'excellente initiative d'intégrer l'équipe à la Direction des services techniques apporte certes une valeur ajoutée au niveau de la communication et de la rapidité d'interventions. La cohésion avec le centre opérationnel de sécurité (COS) qui inclue près de 1 000 caméras réparties dans tous les établissements non seulement du territoire, mais des quelques centaines d'installations réparties sur l'île de Montréal, permet d'interagir de manière efficace. L'implication des partenaires tel qu'Urgence santé est à souligner et permet d'arrimer les interventions dans une optique d'agir rapidement et efficacement. Comme initiative créatrice, soulignons, l'outil d'animation «Code vert». Il mérite d'être diffusé aux équipes et compilé afin de valider le niveau de préparation à une évacuation. Nous ne pouvons passer sous silence la civière de déplacements initiée par l'équipe pour les usagers immobiles qui sont à évacuer par les escaliers.

La présence de trois éthiciennes pour guider la prise de décision dans le cadre de la planification des soins et services en mesure d'urgence est à souligner. Ce qui est à de la valeur ajoutée, c'est de voir qu'une page intranet qui renferme l'ensemble des plans d'action et des informations pertinentes à toutes situations d'urgence est à jour en mode réel.

L'équipe a au fil du temps réalisé un sondage auprès des établissements afin de valider leur niveau de préparation aux mesures d'urgence et de sinistre, ce qui est une autre réalisation positive. Nous l'invitons à davantage utiliser les résultats issus de ce sondage.

L'intérêt et la préparation des diverses équipes aux mesures d'urgence sont à renforcer. Ceci peut également avoir un impact sur la réalisation du plan des mesures d'urgence pour chacune d'entre elles et peut-être un levier pour s'assurer que tous participent aux activités de formation. Malgré que le nombre de personnes qui participent aux formations tend à augmenter légèrement, nous sommes loin de penser que tous sont prêts à faire face aux mesures d'urgence.

Ajoutons que malgré la multitude d'outils réalisés par l'équipe, cette dernière a besoin de levier, car certes ils ne peuvent faire les plans à la place des divers programmes et organisations, mais on doit leur permettre d'être prêts. C'est l'équipe locale qui aura à interpellé les divers acteurs au moment décisif ; ceci dans un contexte social et mondial où les menaces sont prises au sérieux. C'est à ce moment que le niveau stratégique peut soutenir et renforcer l'importance de compléter et valider la préparation aux mesures d'urgence et de sinistre des divers secteurs et partenaires.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.3.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système de notification d'urgence qui indique le stade approprié d'activation du plan lors de situations d'urgence et de sinistres en fonction de la gravité et des répercussions de l'événement.	Priorité élevée
5.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.4.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à reconstituer l'information sur les usagers au cas où celle-ci ne pourrait pas être récupérée ou restaurée après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.7	Les gestionnaires définissent les procédures qui faciliteront l'accès ou l'orientation vers des soins et services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les usagers après des situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.	Priorité normale
5.5.2	Les gestionnaires de l'établissement effectuent régulièrement des exercices de simulation afin de valider l'efficacité de leur plan d'intervention et de ses procédures prévues lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.5.4	Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.	Priorité normale

Santé publique

Évaluation du chapitre : 90,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,4 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La Direction régionale de la santé publique de Montréal (DRSP) fonde ses actions et ses décisions sur les principes édictés dans la Loi sur la santé publique (LSP), les Lois sur la santé et la sécurité du travail (LSSST) et la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS). Pour réaliser le mandat qui lui est confié, soit d'améliorer et protéger la santé et le bien être de la population qu'elle dessert et réduire les inégalités sociales de santé, la DRSP compte sur plus de 600 professionnels en soutien sur l'ensemble du territoire. La direction régionale assume la responsabilité de l'offre de service des cinq CIUSSS de l'Île de Montréal, la Clinique communautaire de Pointe Saint Charles et les établissements non fusionnés.

Le Plan stratégique 2021 2024 de la DRSP fait référence à trois grandes orientations: l'équité d'accès à des environnements favorables, un leadership fort et bien positionné et finalement, une coordination du territoire permettant l'atteinte de résultats optimaux. Pour remplir ces obligations, le Plan d'action régional intégré 2023 2025 (PARI) aborde des stratégies d'action concernant la surveillance de l'état de santé de la population, la prévention des maladies, la promotion des saines habitudes de vie et finalement, la collaboration menant à la réalisation d'actions intersectorielles pour renforcer les 24 déterminants de santé. De nombreux projets et programmes s'activent pour bien répondre aux cinq thèmes prioritaires, soit le développement des enfants, la santé mentale des jeunes, le vieillissement en santé, la crise des surdoses et la résilience des quartiers et des communautés aux changements climatiques. Le plan percole dans l'ensemble du territoire grâce à un arrimage solidifié par le soutien d'instances formelles permanentes et ad hoc.

Le leadership de la direction régionale est assumé et bien senti dans l'ensemble des territoires, tant au niveau sectoriel qu'intersectoriel. Le travail d'équipe, l'interdisciplinarité et le travail avant gardiste de l'équipe dédiée aux partenariats et au soutien aux politiques publiques sont dignes de mention. La saveur sociale est omniprésente et une approche de santé urbaine constitue la toile de fond des interventions. Les équipes rencontrées sont dynamiques, créatives, engagées et passionnées. La qualité des mécanismes de communication est à souligner. La participation citoyenne est un élément bien présent dans la co construction des projets ou programmes.

La dynamique locale de santé publique du CCSMTL témoigne du même dynamisme qu'au niveau de l'équipe régionale. Nous encourageons néanmoins l'équipe à s'assurer de la participation citoyenne dès le début de la conception, pour s'assurer d'une vision commune du but à atteindre et de l'identification des jalons à venir. De même, nous invitons l'équipe à s'assurer de la formalisation des ententes, notamment concernant l'accès aux données de surveillance provenant de ressources externes, et la révision de celles ci, lorsque nécessaire. Il est aussi essentiel d'identifier des indicateurs pour suivre les progrès des différentes initiatives et mesurer les impacts de celles ci, tant au niveau de l'accès que de la pertinence. À cet égard, une utilisation plus large de l'outil d'évaluation POP serait une avenue intéressante à explorer.

Finalement, nous ne pouvons passer sous silence l'énergie déployée pour préserver et rehausser l'offre de service visant la réduction des méfaits, afin de limiter les conséquences liées à l'usage de drogues, en particulier l'incidence du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues par injection ou par inhalation. Les Centres d'accès au matériel d'injection et d'inhalation (CAMII), qui distribuent du matériel aux utilisateurs, couvrent une partie du territoire. Ce service, qui est en forte croissance pour répondre aux besoins, fait face à des défis pour assurer sa pérennité, sur l'ensemble du territoire. Nous invitons les acteurs concernés à analyser la situation, identifier des solutions et se doter d'un plan pour permettre la poursuite d'une réponse adéquate à ce besoin en forte croissance.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.3	La Direction de santé publique conclut des ententes avec des partenaires pour avoir accès aux données de surveillance qui proviennent de sources externes.	Priorité normale
6.3.15	La Direction de santé publique met en œuvre un ensemble de procédures liées à la gestion de l'approvisionnement « juste à temps » pour assurer la qualité et la sécurité des vaccins.	Priorité normale
6.5.1	La Direction de santé publique se dote d'un plan d'évaluation compréhensif qui couvre un suivi d'implantation de ses services, une évaluation du fonctionnement et de la mise en œuvre et une évaluation des résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des sous-groupes qui la composent.	Priorité élevée
6.5.2	La Direction de santé publique réalise son plan d'évaluation de façon rigoureuse.	Priorité normale
6.5.4	La Direction de santé publique observe les procédures de l'établissement pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers.	Priorité normale

Télésanté

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

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

Résultats de l'évaluation :

Bien que les services de télésanté aient été évalués au cours de la séquence 3 deux ans plus tôt, nous remarquons que l'établissement s'est rapidement mis à l'œuvre afin d'assurer sa mise aux normes par rapport aux éléments qui étaient non-conformes à l'exercice précédent. Nous tenons d'entrée de jeu à souligner les efforts effectués, lesquels se font ressentir non seulement dans la documentation et les outils disponibles, mais aussi par l'application de ceux-ci par les professionnels de la santé ainsi que la satisfaction des usagers rencontrés.

L'établissement a bien compris que la télésanté constitue un levier important pour l'atteinte des objectifs stratégiques tels l'amélioration de l'accès. Nous invitons les acteurs concernés à démontrer la valeur ajoutée des projets et initiatives de télésanté en présentant une analyse comprenant un volet sur le retour sur investissement.

Afin d'encadrer la pratique, le CIUSSS s'est doté d'une politique, de procédures et d'une boîte à outils pour les utilisateurs ainsi que la clientèle. Sa structure de gouvernance bien établie permet un co-leadership avec les partenaires internes, notamment la direction des ressources informationnelles et le secteur de l'innovation. La promotion des services de télésanté au cours des derniers mois a engendré une demande accrue de développement et l'équipe est en mesure d'y répondre pour le moment. Un répondant pour la télésanté a été identifié pour chaque direction clinique.

Des ententes de collaboration avec d'autres établissements sont signées. Nous les encourageons à formaliser les ententes avec les institutions d'enseignement.

À travers l'offre de services de télésanté, un réel souci des usagers est palpable, que ce soit par l'implication d'usagers partenaires ou d'usagers ressources que l'on souhaite davantage consolider, de même que les groupes de discussion pour mieux comprendre la satisfaction et les besoins de la population. Les professionnels de la santé vérifient régulièrement avec les usagers si la modalité de télésanté est appropriée selon la compréhension et la condition des usagers, et le type de soins et de services offerts. La trousse fournie au début des services de télésanté comprend notamment de l'information sur les droits et responsabilités des usagers, la déclaration des incidents ainsi que la procédure à suivre pour formuler une plainte. Le consentement est revalidé avant chaque séance de télésanté et les intervenants respectent la nétiquette.

Les intervenants disposent de guides et de balises leur permettant de réfléchir sur leur offre de services en télésanté. Ils ont le souci de la pertinence clinique et d'établir des relations de confiance avec leurs usagers. Les notes au dossier sont entrées via des logiciels dont les interfaces sont bien établies dans le dossier clinique informatisé.

Les professionnels de la santé connaissent les outils et se sentent mieux encadrés en matière de télésanté. Ils suivent la formation sur la cybersécurité. Certains intervenants se rendent à domicile pour aider les usagers à bien s'installer pour la télésanté. Ils gagneraient à solliciter leurs partenaires de la télésanté et des ressources informationnelles pour le soutien technique de la clientèle. Nous invitons l'établissement à avoir une réflexion sur les besoins en support de la clientèle et la manière la plus appropriée et efficiente d'y répondre.

Le service de l'éthique est consulté dans l'élaboration des politiques et procédures, et a été sollicité pour évaluer des situations particulières. Les conseils professionnels sont également consultés et impliqués dans la conception d'outils et de projets de télésanté.

Les usagers rencontrés se sentent à l'aise, comprennent qu'ils peuvent demander une alternative à la télésanté et indiquent avoir l'impression de bénéficier de la même qualité de services que s'ils étaient en personne. Cette nouvelle modalité de soins s'avère une option de choix pour la clientèle avec des limites de déplacement.

Une page dédiée à la télésanté contenant de l'information facile à comprendre a été créée sur le site internet de l'établissement, mais elle n'est pas bien connue des usagers rencontrés. Nous invitons l'établissement à y faire référence dans leur trousse fournie.

L'établissement a mis en œuvre des projets de télésanté de différente ampleur. Nous soulignons au passage le projet Télégap qui vise à contribuer au désengorgement des urgences, ainsi que le projet d'intégration de Teams dans les appels de garde en CHSLD qui s'est qualifié jusqu'en demi-finale pour le prix d'excellence de l'administration publique du Québec. Qui plus est, un projet en hématologie a été mis en œuvre directement à partir d'une suggestion d'un usager partenaire.

En plus de consolider ses acquis, l'établissement gagnera à identifier des indicateurs visant à mesurer l'impact réel de la télésanté sur la qualité des soins et des services. La collaboration de la recherche dans l'évaluation de programme permettrait d'établir un cadre rigoureux et de bénéficier d'un rayonnement à l'extérieur de l'établissement.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 67,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 32,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La structure de gouvernance en PCI comprend un comité stratégique interdisciplinaire et des tables cliniques PCI selon les différentes missions. Cette structure est en place depuis 2020. Durant la COVID-19 l'établissement a dû réorganiser la structure en prévention et contrôle des infections. La composition de ces comités sont interreliées, la participation des personnes représente différentes directions et des services. Cependant, l'ajout d'un représentant des services de RDM permettrait d'apporter un regard PCI dans le service URDM. Nous soulignons que la représentation de la direction des services technique demeure un élément intéressant considérant l'importance et la nécessité des travaux immobiliers en cours et à venir.

Nous constatons un canal de communication existant et la cohérence dans les actions et les décisions entre ces comités, la structure choisie semble efficace et efficiente pour répondre aux besoins des usagers. Les comités sont connus du personnel dans les différentes installations visitées. Nous encourageons l'établissement à poursuivre sa démarche d'implanter un soutien de deuxième ligne auprès des partenaires privés, une démarche qui va au-delà des requis de l'établissement, mais dont la plus-value est importante. Les responsables de RPA qui ont été rejoints manifestent d'ailleurs leur satisfaction de la démarche et apprécient le soutien apporté par le CIUSSS. La formation offerte pour les intervenants des ressources intermédiaires (RI) et des résidences privées pour aînées (RPA) est un ajout important pour soutenir l'application et le maintien des principes de PCI dans ces milieux. Une vigie de ces pratiques sera un enjeu dans ces milieux, dont le CIUSSS assure maintenant un suivi de 2e ligne.

Des partenaires usagers sont tout récemment impliqués dans les comités en place, mais ces derniers n'ont pas participé à la création de procédures ainsi que des plans d'action. L'expertise des usagers peut être un ajout pertinent dans les stratégies de mise en œuvre et de communication des procédures. Nous encourageons également l'établissement à poursuivre leur présence dans sa démarche d'intégrer des usagers partenaires dans les prises de décision et les actions en cours.

L'équipe de PCI est mobilisée. Ce dynamisme mérite d'être souligné. Des stratégies innovantes et des projets novateurs ont été mis en place pour répondre aux nombreux défis et rehausser l'approche en PCI. L'équipe de PCI est également bien intégrée dans les équipes de soins de courte et de longue durée, étant disponibles sur place. Les nombreuses actions en PCI menées dans les dernières années témoignent d'un changement de culture important. Nous sensibilisons l'établissement à mettre en place des mécanismes de suivi rapproché avec les équipes terrain afin de s'assurer que la gestion du changement et le changement de culture soient intégrés dans les équipes de soins de tous les milieux. Nous les encourageons à poursuivre le travail pour que le personnel puisse s'approprier les activités en lien avec le contrôle et la prévention des infections, peu importe l'installation et la mission de soins.

Il existe un grand souci dans l'établissement d'agir en prévention et d'être réactif à l'égard des infections nosocomiales. De façon général, la communication entourant les éclosions est efficace et appuyée par des rapports d'éclosion transmis au personnel des unités. Des ententes avec des partenaires en cas de bris d'appareils permettrait de maintenir le dépistage des infections nosocomiales. Dans les milieux visités, dès l'apparition des premiers symptômes, l'équipe PCI se mobilise pour soutenir les équipes de soins et intervenir au besoin. L'équipe de PCI est également très accessible pour des consultations que ce soit pour avoir un avis d'un point de vue PCI pour des projets d'aménagements et de rénovation, des achats d'équipement ou autre.

Plusieurs travaux ont été menés dans l'année concernant la désinfection des équipements médicaux de bas de niveaux ainsi que l'équipement qui fait partie de la zone grise. Une procédure organisationnelle est en place et en cours de réalisation. Des activités d'amélioration continue doivent être mises en place pour s'assurer des résultats. Nous soulignons les efforts de l'établissement et nous les encourageons à poursuivre la démarche.

La procédure sur le contact de sang et de liquide biologique est bien en place, nous constatons que le personnel du CIUSSS se rend au CHUM pour recevoir la prophylaxie postexposition. Nous nous posons des questions sur la rapidité du service sachant que c'est une période d'inquiétude pour le personnel qui est en attente d'un résultat en cas de contamination.

L'échange avec le responsable du service de bénévoles a permis de constater le soucis d'avoir des bénévoles bien préparés et motivés. Nous constatons une ouverture à utiliser le potentiel de ces personnes auprès des différents besoins des usagers.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.7	Les gestionnaires de l'établissement assurent l'accès en temps opportun à un laboratoire de microbiologie qui fournit l'expertise nécessaire à l'établissement pour détecter les infections nosocomiales.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
8.2.9.1	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.2	Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.	
8.2.9.3	Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.	
8.2.9.4	Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.5	Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.	
8.2.13	Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.18	Les équipes font une évaluation des usagers afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon l'évaluation du risque au point de service.	Priorité élevée
8.2.22	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.	Priorité élevée

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.6	Le comité interdisciplinaire dispose des résultats des enquêtes épidémiologiques pour améliorer les outils d'aide à la décision clinique ainsi que pour empêcher que les infections nosocomiales ne surviennent de nouveau.	Priorité normale
8.3.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.	Priorité élevée
8.3.10	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la façon de gérer les microorganismes qui sont émergents, rares ou problématiques, y compris les microorganismes résistants aux antibiotiques.	Priorité élevée
8.3.12	Le comité interdisciplinaire dispose d'un plan d'évaluation pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.3.13	Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.	Priorité normale
8.3.14	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.3.15	Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.16	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour soutenir les activités d'amélioration de la qualité liées à la prévention et au contrôle des infections.	Priorité normale

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 55,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 44,3 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de la présente visite, nous avons évalué les services de RDM soit principalement : la gestion de la qualité et la sécurité des activités réalisées; la qualification de la main d'œuvre ainsi que la conformité aux pratiques organisationnelles normalisées et les directives des fabricants. Nous avons également porté une attention particulière à la structure de gestion, aux activités de gestion des risques et d'amélioration continue, aux divers processus et outils, à l'organisation des lieux physiques ainsi qu'aux collaborations tant internes qu'externes.

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer les équipes de RDM et d'endoscopes souples, leurs responsables, les équipes de soutien, certains utilisateurs des services et partenaires externes. Nous avons visité les unités de RDM et celles dédiées aux endoscopes flexibles ainsi que certains services utilisateurs des hôpitaux de Notre Dame et de Verdun ainsi que certains services utilisateurs. Les CLSC du Plateau Mont Royal, de L'Île des Sœurs et Sainte Catherine, les GFM U Notre Dame et des Faubourgs, le Centre d'hébergement Jean De La-Lande et la Maison des naissances Jeanne Mance ont également été visités.

Nous avons rencontré des équipes engagées et détenant les connaissances et qualifications reconnues permettant d'assurer une prestation de services de qualité. Les nouveaux employés sont bien encadrés et le projet en cours avec un établissement collégial de la région pour collaborer à la formation des prochains préposés en retraitement est une stratégie intéressante pour assurer une relève.

Nous soulignons les efforts de réaménagement des locaux de l'unité de retraitement de l'Hôpital Notre Dame. Cependant, les locaux d'unités satellites de retraitement des endoscopes flexibles mériteraient une attention particulière, ces derniers sont exigus, encombrés et ne respectent pas les critères d'aménagement.

La qualité des processus est soutenue par la présence d'un logiciel de traçabilité dont le déploiement reste à finaliser, dont celui de l'endoscopie digestive à l'Hôpital de Verdun. Cependant, bien que plusieurs aide mémoires et marches à suivre aient été rédigés et parfois intégrés au logiciel de traçabilité, les procédures opérationnelles normalisées, soutenant les pratiques, sont soit majoritairement non rédigées, non révisées ou rédigées, mais non adoptées. Cet enjeu étant récurrent, nous invitons l'établissement à soutenir les efforts des gestionnaires des unités de retraitement afin de se conformer aux critères établis dans les meilleurs délais possibles. Par la suite, le tout pourrait être soutenu par un mécanisme de validation de la conformité.

La qualité du RDM passe par un prénettoyage efficace. Des efforts sont réalisés pour que cette étape soit effectuée dans les différents secteurs d'activité. Cette pratique est en bonne progression au bloc opératoire de l'Hôpital de Notre Dame, mais non en place à l'Hôpital de Verdun. Nous encourageons l'établissement à poursuivre les efforts afin d'assurer du respect de ce processus dans tous les milieux et services.

Différents audits sont réalisés et des recommandations permettent d'apporter les correctifs nécessaires. Ces audits couvrent différents aspects incluant l'environnement. Nous encourageons l'établissement à structurer les processus d'audits et d'amélioration continue dans une démarche intégrée comprenant les calendriers, la compilation des résultats et du suivi des recommandations de façon à garder une vigie sur l'identification et la correction des écarts constatés.

Une plus grande implication des membres de l'équipe dans une démarche d'amélioration continue pourrait non seulement soutenir la pérennité des améliorations, mais apporter un regard complémentaire sur les écarts et correctifs à apporter.

Des plans d'amélioration continue sont présents pour chaque hôpital, mais ils ne sont pas harmonisés et leur structure ne nous permet pas de voir l'évolution des priorités et le suivi des actions dans le temps. Nous encourageons l'établissement à convenir d'un modèle commun et de partager leurs plans d'amélioration renforçant ainsi mutuellement leurs actions.

Les activités étant en croissance, nous invitons l'organisation à veiller à ne pas surutiliser les équipements, dispositifs et instruments de façon à maintenir leur qualité et éviter le recours à la stérilisation rapide, qui demeure, pour le moment, une utilisation rarissime. Mieux définir l'offre de services et la documenter pourrait être un levier intéressant pour suivre l'évolution et assurer une planification des projets à prioriser.

Finalement, nous tenons à souligner les efforts de tous afin d'assurer la qualité et la sécurité des services. Nous avons observé une très bonne collaboration interservices et interdirections. Le tout pourrait être soutenu par une structure de communication et de concertation incluant les deux unités de retraitement et une meilleure intégration à certaines structures en place, dont ceux de la prévention et le contrôle des infections ainsi que la gestion intégrée des risques. Le tout favoriserait une approche collaborative, prospective plutôt que réactive.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.2.2	Les gestionnaires de l'établissement, en collaboration avec les ressources humaines, disposent des profils de postes définissant les rôles, les responsabilités et les champs de compétences pour tous les postes au sein de l'équipe.	Priorité normale
9.2.9	L'équipe respecte les procédures organisationnelles de prévention et de contrôle des infections, notamment celles en lien avec les techniques d'hygiène des mains.	Priorité élevée
9.2.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la tenue vestimentaire dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.2.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la nourriture, le maquillage et les lentilles cornéennes dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.2.12	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec le port d'équipement de protection individuelle dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.2	Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité normale
9.3.6	Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée
9.3.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.	Priorité normale
9.3.10	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.15	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les activités de stérilisation des dispositifs médicaux selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.16	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.	Priorité élevée
9.3.17	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la stérilisation rapide.	Priorité élevée
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.19	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour la documentation des activités de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.20	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la qualification de l'installation, la qualification et les requalifications opérationnelles d'un stérilisateur.	Priorité élevée
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.22	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.	Priorité élevée
9.3.23	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les indicateurs chimiques internes et externes.	Priorité élevée
9.4.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux compte trois zones distinctes (souillée, propre, d'entreposage) qui sont séparées physiquement.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe a accès aux équipements et fournitures d'hygiène des mains dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux (incluant les entrées et les sorties).	Priorité élevée
9.5.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles sont distinctes des aires de soins.	Priorité élevée
9.5.5	L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.5.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage et la désinfection appropriée de chaque dispositif endoscopique flexible selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 75,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 24,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de la présente visite, nous avons eu le plaisir de rencontrer les équipes responsables de la gestion du circuit du médicament. Les emplacements visités sont l'Hôpital Notre Dame, l'Hôpital de Verdun, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, le Centre d'hébergement Émilie Gamelin, le Centre d'hébergement de Saint Henri, le Centre d'hébergement Jean-De-La-Lande, le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Pointe aux Trembles, le Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation du Mont Saint Antoine, le CLSC du Plateau Mont Royal, le CLSC Sainte Catherine et GMF-U des Faubourgs, le Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière des Prairies, le Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation Godbout, l'Hôpital et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), la Maison de naissance Jeanne Mance, la RAC Nicolas Moisan, la RAC Perras.

L'équipe de pharmacie et les équipes des divers comités associés à la gestion des médicaments ont le mandat d'assurer un circuit du médicament sécuritaire et une accessibilité aux soins pharmaceutiques sur l'ensemble du territoire.

L'équipe interdisciplinaire de gestion des médicaments est proactive et dynamique. Les équipes sont soucieuses d'offrir des soins et des services de qualité et sont orientées vers l'amélioration continue. Les politiques et procédures existantes sont bien intégrées. L'établissement a récemment renouvelé ses ensacheuses et augmenté le nombre de cabinets et de pompes intelligentes. De plus, plusieurs améliorations significatives des espaces physiques sont planifiées par exemple, le réaménagement de la pharmacie de l'hôpital Notre Dame, l'agrandissement de la pharmacie de l'Hôpital Verdun et la construction d'une nouvelle pharmacie d'oncologie à cet hôpital.

Une opportunité d'amélioration est de limiter l'accès aux aires d'entreposage des médicaments. Plus spécifiquement, l'accès à la pharmacie d'oncologie de l'Hôpital Verdun par le personnel d'entretien ménager devrait être en présence d'un personnel de la pharmacie, d'autant plus que les médicaments cytotoxiques sont entreposés dans des armoires dépourvues de verrous. Par ailleurs, l'établissement est encouragé à assurer une gestion rigoureuse du circuit du médicament dans les installations non desservies par les pharmacies du CIUSSS. Dans les installations comme des foyers de groupe pour jeunes ou les résidences à assistance continues, bénéficieraient de formations et d'accompagnement pour les outiller à gérer les médicaments au quotidien auprès des usagers. Une autre opportunité d'amélioration implique de poursuivre l'élaboration et l'intégration des politiques et procédures, notamment celles en lien avec la gestion des médicaments dans les emplacements où le personnel a besoin de formation de base. Au chapitre des POR, les équipes sont invitées à renforcer le programme de gérance des antimicrobiens, la gestion des doses totales élevées des opioïdes, la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé et des abréviations à proscrire.

En somme, l'équipe interdisciplinaire de gestion des médicaments est encouragée à poursuivre avec la même rigueur les travaux visant à renforcer la sécurité du circuit du médicament pour l'ensemble des installations du CIUSSS.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.3	Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.	POR
10.1.3.1	Un programme de gérance des antimicrobiens est mis en œuvre.	
10.1.3.2	Les rôles et responsabilités de la mise en œuvre du programme sont bien définis.	
10.1.3.3	Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, et selon la disponibilité et la pertinence, des technologues de laboratoire de microbiologie, des usagers, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information.	
10.1.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens.	
10.1.3.5	Le programme de gérance des antimicrobiens inclut des activités d'amélioration continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	
10.2.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent une orientation sur la gestion du circuit du médicament pour tout nouveau membre d'une équipe clinique selon leur rôle.	Priorité élevée
10.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès à de l'information sur les médicaments.	Priorité élevée
10.3.16	L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.17	Les usagers et les personnes proches aidantes sont renseignés quant aux risques associés à la modification de la programmation des pompes à perfusion.	Priorité élevée
10.4.3	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>10.4.3.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans leur établissement.</p> <p>10.4.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>10.4.3.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	POR
10.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes une procédure pour la réception des médicaments provenant des pharmacies externes.	Priorité élevée
10.5.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.	Priorité élevée
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.5.3	L'équipe de pharmacie s'assure que les aires d'entreposage pour les stupéfiants et les drogues contrôlées sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements.	Priorité élevée
10.5.4	L'équipe de pharmacie assure un entreposage qui permet la distinction des médicaments d'apparence semblables, des noms semblables, et les médicaments de niveau d'alerte élevé.	Priorité élevée
10.5.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la disposition des médicaments contaminés.	Priorité élevée
10.5.6	L'équipe de pharmacie s'assure que les médicaments en attente de retrait qui sont périmés, interrompus, font l'objet d'un rappel ou sont endommagés sont entreposés dans des endroits distincts pour éviter leur utilisation.	Priorité élevée
10.5.8	Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.6.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication.	POR
	10.6.5.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés pour toutes les communications liées à la médication.	
	10.6.5.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour adhérer à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés dans toute communication liée à la médication.	
	10.6.5.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la procédure de l'établissement concernant l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés.	
10.6.6	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que des mesures soient prises pour assurer une aire de travail « sans distractions » lorsque les équipes cliniques participent aux activités liées à la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale
10.6.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant à limiter les ordonnances médicales verbales incluant les appels téléphoniques et les messages textes.	Priorité élevée
10.7.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les aires de préparation des médicaments sont propres, organisées et libres de tout encombrement.	Priorité élevée
10.7.7	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les salles blanches pour la préparation des médicaments stériles dangereux satisfont aux cadres de référence techniques de préparations magistrales aseptiques.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.7.9	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les salles blanches pour la préparation des médicaments stériles non dangereux satisfont aux cadres de référence techniques de préparations magistrales aseptiques.	Priorité normale
10.7.10	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence techniques de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée
10.8.3	Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration.	Priorité élevée
10.9.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux.	Priorité élevée
10.9.16	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la préparation d'un médicament injectable.	Priorité élevée
10.9.18	Les équipes cliniques qui participent à l'administration ou à la distribution des médicaments et à la surveillance de leurs effets sont assujetties à une formation sur la façon de reconnaître les symptômes d'allergies médicamenteuses et comment intervenir.	Priorité élevée
10.10.7	Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.11.8	Le comité interdisciplinaire met en œuvre un plan d'action concernant les réactions indésirables aux médicaments qui sont déclarées.	Priorité normale