



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Visite de séquence 1 du 11 au 16 février 2024

Rapport publié: 10/04/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	6
Aperçu du programme	7
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	8
Résultats selon les dimensions de la qualité	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	12
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	12
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	14
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	16
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	18
Télésanté	20
Programme de prévention et de contrôle des infections	22
Services de retraitement des dispositifs médicaux	27
Gestion du circuit du médicament	30
Aperçu de l'amélioration de la qualité	33

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 11/02/2024 au 16/02/2024.

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 Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est l'un des plus grands centres hospitaliers universitaires du Canada.

Situé dans le quartier Ville-Marie, au centre-ville de Montréal, le CHUM est renommé pour son excellence clinique, sa recherche de pointe et son enseignement de qualité. Il est composé de plusieurs pavillons répartis sur un vaste campus, avec une superficie importante.

L'Établissement est membre du Réseau universitaire intégré de Santé et de Services sociaux de l'Université de Montréal (RUISSS de l'UdeM) qui a pour objectif d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et des services, notamment par des activités de transfert de connaissances et par la diffusion des résultats de recherche.

Le CHUM offre des soins et des services spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale. Ces expertises s'expriment à travers quatre domaines transversaux : l'imagerie, les technologies avancées, la génétique et les biomarqueurs, ainsi que l'immunologie et l'infectiologie. Grâce à ses expertises uniques et ses innovations, il améliore la santé de la population adulte et vieillissante.

Le CHUM dispose d'un centre de recherche de renommée mondiale, où des chercheurs et des cliniciens collaborent pour repousser les frontières de la médecine, notamment au travers des investigations en lien avec l'intelligence artificielle. Des projets de recherche sont menés dans divers domaines.

En tant que centre universitaire, le CHUM joue un rôle crucial dans la formation des professionnels de la santé. Il est affilié à l'Université de Montréal et collabore étroitement avec plusieurs autres institutions d'enseignement supérieur pour offrir des programmes de formation médicale et paramédicale de haute qualité.

Le CHUM est équipé des dernières technologies médicales, ce qui lui permet d'offrir des soins de qualité supérieure à ses usagers. Cela comprend des équipements de pointe pour le diagnostic, la chirurgie robotique, l'imagerie médicale avancée, et d'autres technologies innovantes.

Le CHUM adopte une approche multidisciplinaire et intégrée pour la prise en charge des usagers, en favorisant la collaboration entre différents spécialistes médicaux, professionnels de la santé et chercheurs. Cela permet d'offrir des soins holistiques et personnalisés, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque usager.

Le CHUM s'engage activement auprès de la communauté en participant à des programmes de sensibilisation, d'éducation et de prévention des maladies. Il collabore également avec des partenaires communautaires pour améliorer l'accès aux soins de santé et promouvoir le bien-être dans la région de Montréal.

En résumé, le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) est un établissement de santé de premier plan, reconnu pour son excellence clinique, sa recherche de pointe et son engagement envers la communauté. Il joue un rôle essentiel dans le paysage médical canadien et contribue à l'avancement de la médecine à l'échelle mondiale.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

La collaboration interne est favorisée et l'interdisciplinarité est présente à tous les niveaux. Les gestionnaires sont proches de leurs équipes et en font des partenaires dans l'organisation et l'amélioration des services. Des rencontres d'équipe sont tenues régulièrement. Des stations visuelles opérationnelles permettent une diffusion des informations importantes, des nouvelles procédures et des éléments d'amélioration que le personnel souhaite porter à l'attention de l'équipe. Un excellent esprit d'équipe et un grand sentiment de bien-être au travail sont ressentis chez l'ensemble des équipes rencontrées.

Les trajectoires de soins sont bien définies et l'établissement tente de mettre en place des pratiques innovantes. L'ensemble des actions sont supportées par la technologie. Un tour de roue est à faire en ce qui concerne l'informatisation des informations de santé des usagers. Il y a encore des améliorations à apporter de ce côté afin de mettre en place un réel dossier informatisé qui communique avec l'ensemble des systèmes du CHUM.

Les usagers sont aussi bien impliqués dans leurs soins dans la majorité des secteurs visités. Certains éléments restent cependant à être peaufinés, notamment en ce qui a trait à l'information qui leur est communiquée à la suite de certains examens. L'approche auprès des usagers est aussi à améliorer selon les usagers rencontrés.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Les visiteurs ont constaté le développement des meilleures pratiques à la fine pointe de la technologie, en collaboration avec la recherche et l'enseignement. Un nombre important de professionnels sont formés et demeurent en poste après leurs études. Cependant, quelques défis de recrutement sont présents dans certaines spécialités, ce qui demande d'innover et de revoir les tâches afin d'avoir des ressources humaines efficaces et performantes.

L'importance de décroisonner et de comprendre les problématiques de terrain a également été observée. Il est suggéré de passer de la théorie à l'opérationnalisation des plans.

Enfin, l'établissement est invité à renforcer la collaboration entre ses différents secteurs.

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.

Décision d'agrément

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Le statut d'agrément est :

Agréé - Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Le centre hospitalier de l'Université de Montréal est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

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
CHUM	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CHUM	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CHUM	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CHUM	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CHUM	Télésanté
CHUM	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHUM	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CHUM	Gestion du circuit du médicament

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	29	0	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	0	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	38	1	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	167	11	1	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	190	22	1	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	35	3	0	38
Total	495	37	2	534

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.33%
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	2 / 3	66.67%

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	0 / 1	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	1 / 5	20.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	2 / 4	50.00%
Total		60 / 69	86.96%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

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

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

Résultats de l'évaluation :

Le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) effectue la planification et l'organisation des services en mettant l'accent sur les besoins des usagers et sur la base des évolutions des besoins liés aux évolutions sociétales et environnementales qui reposent entre autres, sur plusieurs principes clés et initiatives stratégiques. Il réalise régulièrement des analyses approfondies pour comprendre les besoins de santé de la population qu'il dessert. Cela peut inclure l'examen des données démographiques, des tendances épidémiologiques, des facteurs socio-économiques et des habitudes de vie de la population locale, sans oublier l'utilisation des données probantes issues de la recherche.

Le CHUM cherche activement à impliquer sa communauté interne et externe dans le processus de planification et d'organisation des services de santé tout comme ses patients partenaires. Cela peut se faire par le biais de consultations publiques, de groupes de discussion, de sondages et d'autres moyens de collecter la rétroaction des usagers, des familles et des intervenants communautaires.

Le CHUM travaille en étroite collaboration, entre autres, avec d'autres établissements de santé, la direction de santé publique régionale de Montréal, les organismes gouvernementaux, les partenaires communautaires et les organisations de la sécurité civile et mesure d'urgence pour coordonner les efforts et garantir une approche intégrée de la prestation de services de santé.

Le CHUM reste à l'affût des évolutions dans le domaine de la santé et s'adapte en conséquence pour répondre aux nouveaux défis et priorités stratégiques prioritaires. Cela peut impliquer l'introduction de nouveaux programmes de santé, l'expansion de services existants, ou la réaffectation des ressources en fonction des besoins émergents.

En plus de fournir des soins curatifs, le CHUM accorde une grande importance à la promotion de la prévention et de la santé publique. Cela peut inclure des initiatives de sensibilisation, des programmes de dépistage, des campagnes de vaccination, des programmes de santé mentale et d'autres efforts visant à prévenir les maladies et à promouvoir le bien-être.

Confronté à de nombreux défis, le CHUM s'appuie sur des données probantes, des technologies de pointe et leurs nombreuses équipes de recherche et opérationnelles pour orienter et déployer les axes de planification et l'organisation des services de santé. L'analyse repose sur de nombreuses ressources dont l'utilisation de systèmes d'information de santé avec la création du Lac Citadel, d'outils d'analyse de données supportées par l'intelligence artificielle, et d'autres solutions technologiques en vue d'optimiser l'efficacité opérationnelle et la qualité des soins.

En adoptant une approche proactive, collaborative et axée sur les besoins de la population, le CHUM démontre un leadership fort dans la planification et l'organisation des services de santé pour répondre aux besoins de la communauté qu'il dessert. Il dispose de tous les éléments et ressources qui lui permettront de relever les défis du futur en matière de recherche, d'innovations d'enseignement et de soins à apporter aux populations.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non 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 gestion des ressources au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) est cruciale pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement et la prestation de soins de santé de qualité. Voici un aperçu de la gestion des différentes ressources au CHUM.

Entre autres ressources, la gestion des ressources humaines au CHUM implique le recrutement, la formation, la planification des effectifs, l'évaluation du rendement, la gestion des horaires et la rémunération du personnel. Cela comprend des professionnels de la santé tels, les infirmières, les techniciens médicaux, les thérapeutes, ainsi que le personnel administratif et de soutien.

Le CHUM gère un vaste ensemble d'infrastructures et d'équipements médicaux pour soutenir la prestation de soins de santé. Cela comprend les bâtiments hospitaliers, les équipements médicaux, les fournitures médicales, les technologies de l'information et de communication, ainsi que d'autres ressources physiques nécessaires aux opérations quotidiennes.

La gestion des ressources financières au CHUM implique la planification budgétaire, la gestion des dépenses, le suivi des revenus, la gestion des fonds alloués par les gouvernements et les sources de financement externes, ainsi que la recherche de sources de revenus supplémentaires pour soutenir les activités de l'hôpital.

Les ressources informationnelles comprennent les systèmes d'information de santé, les bases de données médicales, les dossiers électroniques des patients, les applications informatiques pour la gestion administrative et clinique, ainsi que les protocoles de sécurité pour assurer la confidentialité des données médicales.

Pour optimiser la gestion de ces ressources, le CHUM adopte diverses pratiques de gestion, telles que l'utilisation de technologies de pointe, l'analyse des données pour prendre des décisions éclairées, la mise en place de politiques et de procédures efficaces, ainsi que le développement de partenariats avec d'autres organismes de santé et parties prenantes.

De plus, le CHUM s'efforce de promouvoir une culture organisationnelle axée sur l'excellence, la collaboration, l'innovation et le respect des valeurs éthiques et professionnelles, ce qui contribue à assurer une gestion efficace et efficiente des ressources pour répondre aux besoins changeants de la population et offrir des soins de qualité supérieure.

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 % sont cotés non 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 gestion de la qualité et des risques est un aspect essentiel des activités du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) pour assurer la sécurité des usagers et la prestation de soins de santé de haute qualité.

Le CHUM est engagé dans une démarche d'évaluation et d'amélioration continue et il met en œuvre des processus d'évaluation continue de la qualité des soins et des services offerts. Cela inclut la collecte et l'analyse des données sur les résultats des traitements, les taux de complications, la satisfaction des usagers, etc.

Le CHUM est guidé par des normes de qualité établies par des organismes de régulation et de certification. Il met en place des politiques et des procédures conformes à ces normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Le CHUM offre une formation régulière à son personnel pour garantir le respect des meilleures pratiques en matière de qualité des soins, de sécurité des usagers et de gestion des risques. Il identifie et évalue les risques pour la sécurité des usagers liés aux procédures médicales, à l'utilisation d'équipements, aux infections nosocomiales, aux erreurs médicamenteuses, etc.

Concernant la mise en place de mesures préventives, sur la base de l'évaluation des risques, le CHUM met en place des mesures préventives pour réduire les risques et prévenir les incidents indésirables.

Cela peut inclure la standardisation des procédures, l'amélioration de la communication entre les équipes, la mise en place de protocoles de sécurité, etc.

Pour la gestion des incidents, incluant les accidents et les événements indésirables, le CHUM mène des enquêtes approfondies pour en comprendre les causes et mettre en place des mesures correctives pour éviter qu'ils ne se reproduisent à l'avenir.

Le CHUM favorise une culture organisationnelle de sécurité, encourageant le signalement des incidents, l'apprentissage des erreurs et la transparence pour améliorer continuellement la sécurité des soins.

En résumé, la gestion de la qualité et la gestion des risques sont des priorités majeures au CHUM visant à garantir des soins de santé sécuritaires, efficaces et de haute qualité pour tous les usagers. Ces efforts sont soutenus par une approche proactive, axée sur l'amélioration continue et la collaboration entre les équipes multidisciplinaires.

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
4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.	POR
	4.3.2.4 Tout au long du processus de divulgation, une communication est établie avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers. La communication est consignée et fondée sur les besoins des personnes concernées.	

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

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

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

Résultats de l'évaluation :

Le comité des mesures d'urgence est composé de membres complémentaires et compétents. La gestion des mesures d'urgence s'appuie sur des plans qui sont élaborés avec toutes les parties prenantes, dont le service de police de la ville de Montréal ainsi que le service de prévention des incendies de Montréal. La structure interne de coordination des mesures d'urgence est efficace ; il est rapporté que 8000 interventions de nature diverses sont effectuées annuellement. Les plans de communication associés aux interventions sont clairs et permettent de mobiliser toutes les ressources requises selon les besoins de la situation. Une évaluation des risques est réalisée afin de cerner les besoins et d'identifier les populations vulnérables.

Le plan de mobilisation du code orange a été plus spécifiquement présenté. Ce plan met en évidence la procédure qui permet de mobiliser toutes les ressources nécessaires. L'implication d'une éthicienne clinique au comité permet aux membres de s'ancrer dans les valeurs et le code d'éthique de l'organisation pour prendre les décisions requises. La mobilisation intègre le soutien psychologique pour les usagers et leurs familles ainsi que pour les intervenants.

Le comité permet l'offre de formations adaptées à tous les employés sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA). De plus, certains membres sont des formateurs certifiés ÉMERGO. Cette certification permet de former des formateurs qui peuvent guider des équipes afin de réaliser des simulations de tables dans le but d'améliorer la mobilisation requise en cas de situation d'urgence ou de sinistre.

Trois traceurs théoriques ont été réalisés par revue de cas. D'abord, le protocole EBOLA a été présenté. Bien qu'aucun cas confirmé de patient EBOLA n'ait été hospitalisé jusqu'à maintenant, l'équipe a démontré, à travers la gestion des cas suspects, son niveau de préparation et sa capacité à améliorer son protocole en regard des expériences vécues. L'équipe a ensuite fait le bilan des apprentissages générés par la mobilisation associée à la pandémie de COVID-19. Finalement, l'équipe a présenté la mobilisation récente en préparation à la COP-15 qui a eu lieu à Montréal.

L'équipe du comité des mesures d'urgence est compétente et dynamique. Elle est invitée à poursuivre ses efforts afin que tous les services cliniques 24/7 produisent leurs plans de relève spécifique. Elle est également invitée à poursuivre ses efforts de formation afin d'atteindre complètement leurs objectifs en ce qui a trait au nombre de personnes ayant reçu une formation sur les mesures d'urgence.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

Évaluation du chapitre : 97,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'offre de service de télésanté au CHUM a pris un essor considérable durant les dernières années de pandémie. Encadré par une politique, l'offre de service de télésanté est soutenue par un centre de service dédié qui répond autant aux besoins des usagers qu'à ceux des professionnels. Fort d'un plan stratégique de déploiement, une structure de gestion adaptée est récemment déployée en situant les services de télésanté sous la responsabilité de la Direction de l'informatisation clinique et académique (DICA) en partenariat avec la Direction des ressources technologiques et informationnelles (DRTI). La DICA a intégré 4 volets à son offre de service soit : la promotion et la valorisation de la télésanté ; la gestion de projets incluant le développement de formations en télésanté ; l'accompagnement à la gestion du service de télésanté et le service de vigie en matière de télésanté.

Un comité stratégique de télésanté siège et intègre des patients partenaires qui facilitent les ajustements requis aux services selon les besoins des usagers. Des traceurs ont été effectués dans le service de radio-oncologie où la télésanté est intégrée harmonieusement dans la trajectoire de soins des usagers en regard des suivis des professionnels (orthophonistes et nutritionnistes) et des suivis médicaux. Le visiteur a pu rencontrer un usager par téléconsultation afin de valider certains éléments liés au consentement et au soutien offert. L'usager rencontré se dit très heureux d'avoir pu bénéficier de la télésanté durant ses traitements de radiothérapie, car ça lui a permis de limiter ses déplacements et de favoriser l'économie de son énergie tout en recevant les soins requis. La tenue de dossier permet de constater que la continuité des services est assurée en présence de télésanté au même niveau que pour les rencontres en présence.

Un autre traceur est réalisé dans le service de grossesses à risques dans le contexte du suivi des femmes atteintes de diabète de grossesses. Ce service est en place depuis 2016 et permet de suivre en télésanté 180 femmes simultanément.

Il a été porté à l'attention des visiteurs que plusieurs projets pilotes ont été déployés sous forme de projet de recherche, notamment l'utilisation du logiciel Léomed ou GreyBox. De plus, en questionnant la structure de suivi des cas dans la documentation, il a été observé que le manque actuel d'interopérabilité occasionne de la double saisie et des impressions qui requièrent une numérisation secondaire afin d'être indexées dans le dossier clinique informatisé OACIS.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les services de télésanté sont conçus de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.	Priorité normale

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 64,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 35,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'élaboration et la planification du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont réalisées par le comité interdisciplinaire qui se réunit 5 à 6 fois par année. Le plan d'amélioration de la qualité du programme a été mis en pause depuis la pandémie. Toutefois, certains travaux d'amélioration ont eu lieu, notamment en regard de la mise à jour régulière des protocoles de PCI selon l'évolution des données probantes. Le rapport annuel des activités du programme est déposé annuellement à la direction générale et au comité de gestion des risques. Certains plans d'actions spécifiques en découlent.

La mise en œuvre concrète du programme de prévention et de contrôle des infections aux divers points de services rencontre certains défis. D'abord, les taux de conformité à l'hygiène des mains sont mesurés, mais leur communication aux équipes terrain est sommaire et ne permet pas de mobiliser des plans d'action ciblés. La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux bénévoles. Or, les personnes proches aidantes rencontrées n'ont pas eu accès à cette formation. Le suivi de l'état des infections nosocomiales est effectué par l'équipe de PCI. Toutefois, la communication liée aux éclosions et la coordination des efforts de toutes les parties prenantes sont lacunaires suivant la déclaration initiale de l'éclosion. Plusieurs lacunes sont observées en lien avec le risque de contamination croisée, notamment en regard des enjeux du non-respect de la procédure de nettoyage et désinfection de bas niveau des appareils médicaux, mais aussi en regard du fonctionnement des espaces réservés au matériel souillé et des espaces réservés au matériel propre.

Les équipes rencontrées ont démontré de l'ouverture et de l'intérêt envers l'amélioration des pratiques de prévention et de contrôle des infections. L'amélioration de la collaboration entre les équipes cliniques, l'équipe de PCI et l'équipe d'hygiène et salubrité serait bénéfique afin que des actions locales rapides puissent avoir lieu en réponse à des situations problématiques concernant la prévention et le contrôle des infections. Il importe également de mieux informer les usagers et les personnes proches aidantes en matière de PCI et également au regard des infections nosocomiales.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.9	L'équipe de prévention et de contrôle des infections collabore avec les programmes-services afin de limiter les risques d'infections croisées.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.5	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles.	Priorité élevée
8.2.6	Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage des équipements médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués.	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
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.	
	8.2.9.4 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.	
8.2.10	Les gestionnaires de l'établissement assurent la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
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
8.2.15	Les équipes participent au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et sur une base régulière selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	Priorité élevée
8.2.16	Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	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
8.2.26	<p>Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux personnes proches aidantes et aux bénévoles.</p> <p>8.2.26.1 Les équipes, les personnes proches aidantes et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.</p>	POR
8.2.27	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des solutions hydroalcooliques en tout temps au point de service.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.	POR
	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.	
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
8.3.2	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure un suivi étroit des infections nosocomiales.	POR
	8.3.2.3 L'information sur les infections nosocomiales et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et à l'instance de gouvernance, lorsque pertinentes.	
	8.3.2.4 L'information sur les éclosions est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux partenaires, aux autres établissements et à la communauté lorsqu'il est approprié de le faire.	
8.3.3	Les gestionnaires de l'établissement désignent les personnes responsables pour donner suite à l'information reçue relative aux cas d'infections nosocomiales soupçonnées ou confirmées.	Priorité normale
8.3.8	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'application des mesures de gestion des éclosions.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.11	Les gestionnaires de l'établissement identifient les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe responsables de la gestion des éclosions.	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
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 : 93,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 6,5 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de l'unité de retraitement assure un service de retraitement des dispositifs médicaux conforme aux normes établies et aux meilleures pratiques. Toute l'équipe est en action pour répondre aux besoins des utilisateurs de services, être à leur écoute et leur assurer un service sécuritaire et de qualité.

L'établissement fait en sorte de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, avec un bel esprit d'équipe et de collaboration. En plus de la coordonnatrice et du chef de service, trois[FD1] chefs de secteurs s'occupent des opérations à l'unité principale et aux unités satellites. Cette dernière voit de plus à la formation et à la qualité.

Le personnel est choisi en fonction de ses qualifications et une orientation de six mois leur est offerte pour lui permettre de connaître parfaitement ses tâches. Étant donné les récentes difficultés de recrutement, des postes d'assistants aux soins de santé ont été créés afin de leur déléguer certaines tâches qui ne requièrent pas l'expertise des préposés au retraitement des dispositifs médicaux. L'orientation des préposées au retraitement des dispositifs médicaux (PRDM) sorti du Cégep est en moyenne de 6 semaines. La formation des assistantes aux soins de santé (ATSS) est de 6 mois ou plus au besoin.

Afin de répondre aux besoins de l'organisation, le service est ouvert 24 heures sur 24 à l'unité principale de retraitement. En endoscopie, le service est assuré de jour et de soir et les activités sont transférées à l'unité principale si des besoins surviennent en cours de nuit. En plus de l'équipe de gestion, des chefs d'équipes assurent le suivi des opérations sur le terrain sur tous les quarts de travail. Des rencontres d'équipe sont organisées chaque semaine par les chefs de secteur à la station visuelle opérationnelle. Les communications sont fluides et transparentes et des moyens variés sont utilisés.

Le circuit des dispositifs médicaux réutilisables est bien défini et bien suivi. Il n'y a aucun croisement des zones propres, souillées et des zones d'entreposage, sauf dans certaines unités de soins où du croisement est observé et où des améliorations du circuit seraient bénéfiques. Des ascenseurs sont dédiés au matériel souillé et au matériel propre. Le cheminement au bloc opératoire et en endoscopie est organisé pour éviter tout croisement. Un bémol est cependant mis sur l'entreposage des équipements près des salles de traitement en endoscopie. Le personnel de l'unité de retraitement en endoscopie se dirige vers le corridor adjacent où il dispose les équipements dans les armoires ventilées, en s'assurant de ne pas les contaminer. Le personnel infirmier ou les médecins sortent de leur salle avant l'intervention pour prendre les équipements dont ils ont besoin dans les armoires ventilées. Il est cependant impossible de s'assurer de la rigueur avec laquelle ce personnel s'assure de prendre le matériel et de bien refermer les portes. Une vigie est à faire à ce sujet. La traçabilité des dispositifs médicaux selon un nouveau système est fonctionnelle et efficace. La traçabilité de l'instrument est à mettre en place.

L'entretien des surfaces et des appareils est effectué par le personnel de l'unité de retraitement tandis que l'entretien des planchers est effectué par l'équipe d'hygiène et salubrité. Il a été remarqué des endroits où l'entretien n'est pas fait régulièrement. Des discussions sont à prioriser entre les différents services afin de s'assurer que chacun sache quoi faire et comment le faire.

L'unité de retraitement est dotée de plusieurs équipements qui sont utilisés à très grand volume. Ces équipements sont inscrits dans la liste des équipements de l'établissement et l'entretien préventif est planifié et exécuté. Au-delà de ces entretiens, il arrive fréquemment que des bris soient constatés et que des réparations soient nécessaires. Des liens sont alors faits avec le service d'entretien et réparation ou le service du génie biomédical afin que les problèmes soient résolus. Il arrive que les délais de réponses soient longs, ce qui demande une réorganisation, ou que les pièces soient manquantes. L'équipe de gestion n'est pas toujours au fait de ce qui cause les délais et elle ne reçoit pas les suivis de ce qui a été fait sur l'appareil. Des rapports d'entretien doivent être rendus accessibles aux gestionnaires afin de les informer de l'état de situation de leurs équipements.

Les visiteurs ont remarqué beaucoup de circulation de personnel non autorisé ou de personnel qui ne respecte pas les règles de tenue vestimentaire ou de prévention et contrôle des infections de l'unité de retraitement, particulièrement à l'unité principale. Avec les accès par les cartes d'accès, plusieurs personnes peuvent entrer dans l'unité de retraitement. De plus, les personnes qui se présentent pour entretenir et réparer les équipements ne suivent pas les règles et ne désinfectent pas leur matériel. Une vigie supplémentaire est à mettre en place afin de s'assurer que tous les gens qui accèdent aux unités de retraitement soient du personnel autorisé et que toutes les mesures de tenue vestimentaire, ainsi que les procédures de prévention et de contrôle des infections propres à ces unités soient rigoureusement respectées.

Beaucoup d'améliorations ont été apportées en ce qui concerne la qualité et la performance depuis la dernière visite. Beaucoup de données découlent des différents contrôles et analyses qui sont effectués. Il reste à regrouper le tout sous un tableau de bord et à mettre en place une salle de pilotage fonctionnelle, afin que les gestionnaires et le personnel aient accès à de l'information rapide et pertinente.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.3	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des services de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipements et appareils de retraitement sont installés, utilisés et entretenus selon les directives des fabricants.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.4.8	L'équipe contrôle l'accès à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux en limitant cet accès aux personnes autorisées.	Priorité élevée
9.4.10	L'équipe s'assure que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est propre et bien entretenue.	Priorité élevée

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 95,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le département de pharmacie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est constitué d'une pharmacie principale et de cinq pharmacies satellites. Les médicaments sont livrés exclusivement à la pharmacie principale, sauf pour les médicaments d'oncologie qui sont livrés en oncologie. Plus de 90 pharmaciens, ainsi que des assistants techniques et une équipe administrative se partagent les différentes tâches de soutien administratif, cliniques, de validation et de recherche.

En 2022, la mission, la vision et les valeurs du département ont été revues en y intégrant et en consultant le personnel, ce qui a créé un fort esprit d'équipe. Des rencontres d'équipe ont lieu régulièrement. Les communications sont claires et la collaboration et l'interdisciplinarité sont présentes.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est effectué à hauteur variable selon les différents services. Des enjeux technologiques et de ressources humaines disponibles ont freiné son implantation. Il n'y a aucun BCM là où il n'y a pas de pharmaciens. Éventuellement, l'arrivée du dossier santé numérique (DSN) et l'ajout de techniciens en pharmacie vont permettre de poursuivre et de finaliser son développement. Des ententes de partenariat ont été conclues avec plusieurs spécialités médicales afin d'enrichir le travail clinique des pharmaciens qui, à leur tour, ont délégué certaines tâches aux assistants techniques en pharmacie.

Le circuit du médicament suit le même cheminement à la pharmacie principale et aux pharmacies satellites. Chaque ordonnance est validée par un pharmacien et plus de 90 % des premières doses sont disponibles dans les cabinets automatisés.[FD2] Les médicaments sont ensuite servis pour les 24 premières heures puis selon un horaire régulier aux unités de soins pour les usagers hospitalisés au moyen d'un système de distribution à dose unitaire automatisé. Tout est en œuvre afin de minimiser les erreurs et les incidents. Les assistants techniques assurent le remplissage et la validation des dates d'expiration des cabinets et des réfrigérateurs de médicaments au commun et d'urgence, ainsi que celui des cabarets d'urgence. Les premières doses sont disponibles via les cabinets. Une feuille d'administration des médicaments (FADM) est imprimée quotidiennement pour chacun des usagers et validée avec l'ordonnance par le personnel infirmier. La distribution est effectuée par la suite, en respectant les procédures rédigées et mises à jour par le département de pharmacie.

Différents comités sont en place afin de s'assurer de la participation de tous les acteurs impliqués dans la gestion du médicament ainsi qu'au niveau de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament.

L'enseignement est au cœur des réflexions du département de pharmacie du CHUM. Beaucoup de travail est fait pour améliorer les pratiques et innover, que ce soit au niveau de l'amélioration des procédures de travail, des technologies de distribution ou de l'informatisation. Du travail est en cours avec des étudiants de polytechnique pour améliorer les logiciels utilisés. Plusieurs étudiants en pharmacie y effectuent leurs stages.

Quelques enjeux qui pourraient être améliorés ont été remarqués au cours de la visite. Plusieurs boîtes de carton sont placées directement au sol, autant dans l'aile administrative que dans les zones de réception de marchandise ou les zones de préparation de la médication. Des interventions doivent être faites afin d'éviter que ces caisses se retrouvent directement sur le plancher et ainsi risquer d'être abîmées ou contaminées lors de l'entretien. Il serait aussi très important de s'assurer de la propreté et du dégagement des espaces de travail, afin de faciliter le travail des équipes assignées à l'entretien des différents locaux de la pharmacie.

Plusieurs politiques existent et sont très bien intégrées par l'ensemble des équipes, qu'on parle entre autres de tout ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises. Il reste tout de même quelques politiques à rédiger et à diffuser, dont, entre autres, celles concernant les médicaments apportés par les usagers et les échantillons. Pour chaque politique, procédure et règlement diffusés, des audits sont à réaliser pour s'assurer de la conformité d'application de chacun des acteurs concernés.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.10	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	Priorité élevée
10.1.12	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la gestion du circuit du médicament apporté par l'usager.	Priorité élevée
10.10.4	Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers.	Priorité élevée
10.10.5	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers.	Priorité normale
10.10.6	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.10.7	Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.	Priorité normale

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Beaucoup d'améliorations ont été apportées depuis la dernière visite. Une grande importance a été accordée aux pratiques innovantes en matière d'amélioration continue de la qualité. Des audits ont été mis en place dans plusieurs secteurs. Des analyses en sont faites et des améliorations sont apportées. L'outil Power BI a permis le développement de plusieurs statistiques opérationnelles et de gestion. Il reste maintenant à créer des tableaux de bord dans les services et à alimenter des salles de pilotage.

Des plans d'amélioration sont retrouvés dans la plupart des secteurs. Des membres des services partenaires, ainsi que des ressources internes, réfléchissent aux meilleures avenues afin de régler les problèmes ou d'apporter les améliorations souhaitées.