



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 22 au 24 octobre 2018

Date de production du rapport : 5 décembre 2018

Au sujet du rapport

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite de transition a eu lieu en octobre 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire

Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	19
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Capital humain	20
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	24
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
Ensemble de normes : Don d'organes – Donneurs vivants - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Don d'organes et de tissus – Donneurs décédés - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	35
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	36
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service	41
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	50
Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service	54
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	57
Ensemble de normes : Transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service	62
Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service	66
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	70

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite de transition afin d'évaluer la conformité de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Pendant la visite, les visiteurs ont évalué les processus prioritaires suivants du Leadership : Capital humain, Gestion intégrée de la qualité, Préparation en vue des situations d'urgence. Les autres processus relatifs au Leadership ont été exclus. Les visiteurs ont également évalué certains programmes cliniques pour lesquels ils se sont concentrés uniquement sur les pratiques organisationnelles et les critères à priorité élevée des normes applicables à ces programmes, à l'exception de la norme Urgences qui a été examinée dans son intégralité. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 22 au 24 octobre 2018**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

1. CHUM

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme









1. Gestion des médicaments
2. Leadership
3. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

4. Don d'organes – Donneurs vivants - Normes sur l'excellence des services
5. Don d'organes et de tissus – Donneurs décédés - Normes sur l'excellence des services
6. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
7. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
8. Services de traitement des dépendances - Normes sur l'excellence des services
9. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
10. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
11. Soins palliatifs et services en fin de vie - Normes sur l'excellence des services
12. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
13. Transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services
14. Unité d'hospitalisation - Normes sur l'excellence des services
15. Urgences - Normes sur l'excellence des services

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	4	0	40	44
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	86	98
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	479	47	107	633
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	27	19	101	147
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	123	5	373	501
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	21	0	76	97
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	282	53	558	893
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	10	0	48	58
Total	958	124	1389	2471

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership	31 (100,0%)	0 (0,0%)	19			96	31 (100,0%)	0 (0,0%)	115
Prévention et contrôle des infections	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0			31	39 (97,5%)	1 (2,5%)	31
Gestion des médicaments	67 (98,5%)	1 (1,5%)	10			64	67 (98,5%)	1 (1,5%)	74
Don d'organes - Donneurs vivants	54 (88,5%)	7 (11,5%)	5			117	54 (88,5%)	7 (11,5%)	122
Don d'organes et de tissus - Donneurs décédés	46 (90,2%)	5 (9,8%)	3			96	46 (90,2%)	5 (9,8%)	99
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	77 (87,5%)	11 (12,5%)	0			40	77 (87,5%)	11 (12,5%)	40
Santé mentale	36 (83,7%)	7 (16,3%)	7			92	36 (83,7%)	7 (16,3%)	99
Services de traitement des dépendances	30 (78,9%)	8 (21,1%)	7	0 (0,0%)	1 (100,0%)	81	30 (76,9%)	9 (23,1%)	88

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services périopératoires et interventions invasives	88 (88,9%)	11 (11,1%)	16			109	88 (88,9%)	11 (11,1%)	125
Soins critiques	48 (90,6%)	5 (9,4%)	7			105	48 (90,6%)	5 (9,4%)	112
Soins palliatifs et services en fin de vie	33 (86,8%)	5 (13,2%)	7			108	33 (86,8%)	5 (13,2%)	115
Traitement du cancer	82 (93,2%)	6 (6,8%)	13			128	82 (93,2%)	6 (6,8%)	141
Transplantation d'organes et de tissus	83 (95,4%)	4 (4,6%)	0			118	83 (95,4%)	4 (4,6%)	118
Unité d'hospitalisation	49 (94,2%)	3 (5,8%)	8	12 (100,0%)	0 (0,0%)	73	61 (95,3%)	3 (4,7%)	81
Urgences	60 (92,3%)	5 (7,7%)	6	82 (93,2%)	6 (6,8%)	19	142 (92,8%)	11 (7,2%)	25
Total	823 (91,2%)	79 (8,8%)	108	94 (93,1%)	7 (6,9%)	1277	917 (91,4%)	86 (8,6%)	1385

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement des dépendances)	Non Conforme	1 sur 3	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de traitement des dépendances)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Unité d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Don d'organes – Donneurs vivants)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de traitement des dépendances)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Don d'organes – Donneurs vivants)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 5	1 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Non Conforme	5 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Unité d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Services de traitement des dépendances)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Urgences)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Don d'organes – Donneurs vivants)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Traitement du cancer)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Don d'organes – Donneurs vivants)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a une vocation de soins, de recherche, d'enseignement, de promotion de la santé, ainsi que d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. L'établissement offre un large éventail de soins spécialisés et surspécialisés. Depuis l'automne 2017, il a emménagé dans un nouveau complexe hospitalier des plus modernes aux plans des installations et des innovations technologiques. Le CHUM compte environ 9000 employés, 1070 médecins, 1800 chercheurs et plus de 880 bénévoles. Il accueille plus de 5180 étudiants et stagiaires par année, de niveaux professionnel, collégial et universitaire.

La visite d'agrément du 22 au 24 octobre 2018 se veut une « visite de transition ». Elle a permis de faire le pont entre la dernière visite d'agrément de 2013 et l'entrée en vigueur du nouveau programme d'agrément adapté au Québec. Dans le cadre de cette visite de transition, l'évaluation de la conformité aux normes s'est limitée à certains secteurs d'activités ciblés convenus entre Agrément Canada et l'Établissement. C'est donc une visite abrégée au cours de laquelle la démarche d'évaluation s'est concentrée sur les pratiques organisationnelles requises (POR) et les critères à priorité élevée.

L'équipe de direction du CHUM démontre un fort leadership organisationnel. Le personnel, les bénévoles et les médecins sont engagés et dédiés. L'organisation a relevé le défi de la transition vers de nouvelles installations avec force et résilience. L'amélioration de la qualité fait l'objet d'une programmation de travail structurante, qui se traduit en plusieurs projets d'amélioration alignés avec les priorités organisationnelles. Des outils permettent de sonder l'expérience patient et des suivis rigoureux sont accordés à l'information recueillie. L'établissement a bien documenté les risques organisationnels liés à la sécurité des usagers et toutes les directions sont mises à contribution pour agir de manière proactive. On donne suite de manière systématisée aux accidents et aux incidents, via des mécanismes de déclaration, de divulgation, d'analyse et de suivi. Des analyses prospectives annuelles permettent de mieux documenter certains types d'événements et d'appliquer les mesures préventives les plus appropriées.

L'organisation démontre une belle ouverture face à l'approche de soins centrés sur les personnes. De par leur implication dans différents secteurs d'activités, les patients partenaires sont de bons ambassadeurs du CHUM. Ils participent à l'amélioration des soins et des services, mais contribuent également au bien-être des patients. Le comité des usagers est très bien organisé et engagé. On encourage l'établissement à donner des moyens au milieu pour faciliter l'implication d'un plus grand nombre de patients partenaires dans divers projets concernant tout autant, les soins que l'organisation des services.

Au niveau du capital humain, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre sont au cœur des préoccupations et l'établissement a mis de l'avant diverses stratégies pour y remédier. Les sondages sur « la mesure du rendement » en période de transition, démontrent la volonté de l'organisation de soutenir les équipes de travail pour mieux apprivoiser le changement. Un programme a été élaboré pour prévenir la

violence en milieu de travail et son déploiement est amorcé. L'offre de formation permettant le développement des compétences est reliée aux principaux enjeux organisationnels et les thématiques en matière de sécurité des usagers et du personnel sont priorisées. Le plan des mesures d'urgence est complet et adapté au nouveau contexte organisationnel. Plusieurs outils et stratégies efficaces, de même que des exercices de simulation, sont prévus pour informer et former le personnel au sujet des différents codes d'urgence.

En ce qui concerne les activités cliniques transversales de l'organisation, l'établissement démontre également un souci à l'égard de la qualité. Un programme de prévention et de contrôle des infections a été mis en place et il est étroitement lié à la gestion de l'hygiène et de la salubrité. Le renforcement des bonnes pratiques au regard du lavage des mains demeure un défi. Le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables se fait conformément aux bonnes pratiques. La gestion des médicaments présente des services cliniques de pointe qui fonctionnent selon une philosophie d'amélioration de la qualité.

Différents secteurs d'activités cliniques ont été évalués dans le cadre de cette visite de transition. Ils présentent dans l'ensemble un bon niveau de conformité aux normes et critères de qualité et de sécurité. Les acquis au plan de la qualité et de la sécurité sont nombreux et les pistes d'amélioration sont présentées de manière plus détaillée dans le rapport de visite. Les services cliniques visités se démarquent entre autres par l'approche collaborative interdisciplinaire, ainsi que le souci d'harmoniser les pratiques et de parfaire les cheminements des patients. De plus, l'intégration de la recherche clinique contribue à rehausser les standards de pratiques. Au chapitre des améliorations attendues, l'établissement est invité à rehausser sa conformité aux pratiques organisationnelles requises, notamment en ce concerne le bilan comparatif des médicaments, la double identification des usagers, la liste de contrôle en chirurgie, ainsi que l'entretien préventif des équipements.

En somme, l'équipe visiteur d'Agrément Canada a constaté que l'organisation s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà de pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services périopératoires et interventions invasives 12.3
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Liste de contrôle d'une chirurgie Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Transplantation d'organes et de tissus 13.1 · Services périopératoires et interventions invasives 14.3 · Don d'organes – Donneurs vivants 15.3
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Urgences 10.5 · Services périopératoires et interventions invasives 11.6 · Traitement du cancer 15.5 · Soins palliatifs et services en fin de vie 8.5 · Services de traitement des dépendances 8.5 · Santé mentale 8.6 · Soins critiques 8.6 · Unité d'hospitalisation 9.7
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Traitement du cancer 10.1 · Soins palliatifs et services en fin de vie 3.11 · Unité d'hospitalisation 3.8 · Soins critiques 3.8 · Transplantation d'organes et de tissus 4.11 · Don d'organes – Donneurs vivants 4.14 · Urgences 4.9 · Services périopératoires et interventions invasives 6.9
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévention de la violence en milieu de travail Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 2.12

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Urgences 10.6 · Services périopératoires et interventions invasives 11.11 · Don d'organes – Donneurs vivants 11.8 · Transplantation d'organes et de tissus 12.2 · Traitement du cancer 15.7 · Santé mentale 8.7 · Soins critiques 8.7 · Unité d'hospitalisation 9.8
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Urgences 10.7
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions nécessitant qu'un nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services périopératoires et interventions invasives 11.13 · Transplantation d'organes et de tissus 12.3 · Don d'organes – Donneurs vivants 15.2 · Traitement du cancer 15.8 · Soins critiques 8.9 · Unité d'hospitalisation 9.10

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR


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

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

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

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre. 2.12.8 De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.	 SECONDAIRE

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

Bien que l'établissement ait formalisé une politique relative à la prévention de la violence en milieu de travail et que les outils pour sa mise en application soient disponibles, il n'y a pas d'évidence à l'effet que le volet information et formation est significativement avancé. Il importe que l'établissement complète cette étape pour assurer la pleine mise en œuvre.


Dans le contexte de transition vers les nouvelles installations du CHUM, l'organisme a veillé de près sur la mobilisation du personnel par le biais de sondages sur la "mesure de l'engagement" qui a été administré à quatre occasions sur deux ans et a démontré un excellent taux de réponse. Il a permis de cerner les zones sensibles et d'offrir de l'information et du soutien aux équipes concernées.

Les activités de formation et de développement du personnel sont élaborées et les formations en matière de sécurité des usagers sont priorisées.

L'évaluation du rendement du personnel est encadrée par une politique et des procédures. Toutefois, le programme est appliqué de façon variable dans l'organisation. On encourage l'établissement à poursuivre le développement d'outils plus conviviaux et à veiller sur son application dans l'ensemble des secteurs d'activité.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>15.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.</p> <p>15.7.2 Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.</p> <p>15.7.3 Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

15.7.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	SECONDAIRE
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.	PRINCIPAL
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE

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

L'organisme a procédé à une analyse organisationnelle de l'ensemble des risques liés à la sécurité des usagers (plan de sécurité des usagers). Cette démarche met à contribution l'ensemble des directions dans la mise en œuvre des actions requises.

Les mécanismes de gestion des accidents et incidents sont bien définis et se traduisent dans la pratique. Ils sont bien documentés et ils couvrent les aspects de déclaration, de divulgation, d'analyse et de suivi des événements. Au moins une analyse prospective est réalisée par année.

Le conseil d'administration appuie les activités en matière de sécurité des usagers. Il est informé par la direction de la qualité de manière périodique par le biais du comité de vigilance et de la qualité et du comité de vérification. On encourage l'organisme à élargir les thématiques abordées afin de bien refléter la diversité des préoccupations et des initiatives mise de l'avant en regard de la sécurité des usagers.

Un plan intégré de la qualité a été élaboré par l'établissement. Il prend la forme d'une programmation de travail qui intègre à la fois, les volets de gestion de la qualité et des risques. Cette approche structurant et intégrée encadre bien et facilite le suivi de l'ensemble des responsabilités et des acteurs concernés.

L'établissement a mis en place un processus élaboré de sondage en ligne de l'expérience patient et les suivis sont gérés par chacune des unités concernées. Plusieurs services bénéficient de ce sondage et l'établissement est encouragé à étendre son application dans les autres secteurs concernés.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

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

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

Un plan des mesures d'urgence a été élaboré en 2017 et adapté au contexte des nouvelles installations du CHUM (CHUM, CRCHUM, Hôtel-Dieu). Il couvre l'ensemble des principales situations d'urgence possibles, avec l'ajout plus récent du code argent (tireur actif) et code bleu pédiatrique (arrêt cardiaque pédiatrique). L'organisme utilise différentes stratégies pour diffuser l'information relative au plan des mesures d'urgence, notamment l'affichage d'une version abrégée du guide dans les différents secteurs d'activités, la distribution d'un mini-guide à l'ensemble du personnel de même que la diffusion d'une vidéo de sensibilisation aux mesures d'urgence. Diverses activités de formation du personnel ont été réalisées. On encourage l'organisme à poursuivre ses efforts en ce sens.

Plusieurs exercices de simulation sur le code rouge (incendie), le code noir (appel de menace) et le code brun (déversement interne de produits dangereux) ont été réalisés dans les deux dernières années dans le but d'évaluer la capacité de répondre à ces situations. L'analyse et le suivi de ces exercices est conforme. Soulignons l'apport significatif des brigadiers incendie de l'établissement.

Le vaste programme d'exercices de simulation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) visant à harmoniser les pratiques relatives au code bleu (arrêt cardiaque) pour l'ensemble de l'établissement, s'avère une pratique novatrice et exemplaire. On encourage le comité de réanimation RCR et ses collaborateurs à poursuivre ses efforts pour former le personnel selon les normes recommandées.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

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

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

À travers leur engagement et implication dans les différents projets, les patients partenaires occupent un rôle majeur dans la dispensation des services offerts par le CHUM.

Le nombre de patients partenaires au sein du CHUM témoigne d'une culture émergente du partenariat patient et de l'intérêt qu'il représente pour l'ensemble des usagers.

Il est remarquable de constater le haut niveau d'enthousiasme des patients partenaires qui ont été rencontrés. Les expériences et les actions des patients partenaires contribuent à améliorer l'expérience des patients. Entre autres, leur rôle actif outille le patient afin qu'il soit davantage en autogestion de sa maladie.

Bien que des efforts importants aient été consentis depuis la création du programme, il reste encore matière à amélioration notamment dans la sélection et le recrutement des membres ainsi que, dans la formation continue du patient partenaire. En outre, sa place reste encore à consolider à l'intérieur des équipes interdisciplinaires (préparation, rôle, outils documentaires et informations partagées).

Pour conclure, la valeur de leur travail est indiscutable. L'organisation est encouragée à poursuivre sur cette voie pour le service de tous et l'amélioration des soins de santé centrés sur les personnes.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
1.4 Les ententes écrites avec les fournisseurs externes sont évaluées régulièrement pour s'assurer que les exigences sont respectées.	!
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
4.5 Un programme d'entretien préventif est mis en oeuvre pour l'équipement de retraitement.	!
4.6 L'entretien préventif de l'équipement de retraitement est consigné.	!
5.3 Les qualifications, les exigences et les compétences sont vérifiées, documentées et mises à jour.	!
5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
7.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
15.6 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.9 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!

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

Le secteur de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) est composé d'une équipe de travail dynamique qui doit composer avec une pénurie de personnel. Différentes stratégies sont initiées

pour favoriser l'attraction et le recrutement du personnel. L'équipe fait des efforts pour répondre aux besoins des différents services qu'elle dessert. Le personnel est polyvalent dans les différents secteurs de l'URDM et de l'endoscopie. Le climat de travail s'est amélioré dans les derniers mois avec la mise sur pied de groupes de travail en collaboration avec les diverses directions pour améliorer les conditions de travail du personnel mais il reste du travail à accomplir. Les rencontres de suivi des différents groupes de travail favorisent la rétroaction avec les pairs et une amélioration de la communication dans le service. Le secteur de l'URDM est responsable de la gestion de la qualité en ce qui a trait aux procédures de retraitement pour l'ensemble de l'organisme.

Les différentes étapes de stérilisation sont conformes et les tests biologiques et chimiques sont faits selon les recommandations de l'organisme. L'information est consignée et accessible en cas de problématiques et/ou si les tests de stérilisation ne seraient pas valides. Une application informatique permet d'assurer une certaine traçabilité du matériel stérilisé. Une fiche d'identification et de suivi de projets pour l'harmonisation et de standardisation des bases d'instruments (caissons) et mise à jour des cardex est en cours. Les documents de référence pour la préparation des plateaux sont très visuels. Tout l'appareillage sera photographié et mis sur support informatique. Les travaux vont bon train et l'équipe est encouragée à les poursuivre dans la bonne direction.

Certaines politiques sont en cours d'élaboration dont celles sur les rappels. Il est proposé à l'organisme de poursuivre ses efforts d'amélioration pour l'élaboration des dites politiques et de se concentrer prioritairement sur celles qui sont en lien avec la sécurité des usagers.

Le personnel est compétent et soucieux de la qualité des services offerts. Ils utilisent le matériel de protection individuelle selon les zones de travail. La majorité du personnel a reçu la formation de mise à niveau du collègue St-Laurent en ce qui a trait aux procédures de stérilisation. De plus, l'équipe participe aux stages de formation du collège dans les murs du CHUM. Le programme de formation n'est pas structuré en fonctions d'objectifs d'apprentissage. Il est suggéré à l'équipe de formaliser les objectifs de formation et d'en faire un suivi. De plus, l'équipe a différents projets à venir avec l'arrivée d'une infirmière clinicienne pour revoir, entre autres, les compétences du personnel en intégrant un programme de formation continue.

Les locaux sont propres et les zones stériles sont séparées des zones souillées contaminées sauf en endoscopie où une contamination croisée est possible en raison de l'espace restreint. L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux de réflexion de réaménagement des locaux pour qu'ils répondent aux normes de qualité et de sécurité pour la clientèle. Le respect des différentes zones est rigoureux. Tout le matériel est emballé selon les normes et transporté dans des contenants fermés aux différents points de service. Les indicateurs sont apposés sur les différents plateaux.

L'entretien préventif de l'appareillage de l'URDM ou de l'endoscopie n'est pas fait. Les procédures de réparation ou de vérifications sont laborieuses et les délais d'interventions sont parfois longs. L'équipe et la direction sont conscients de ces enjeux mais un plan d'action doit être fait dans les plus brefs délais pour limiter les irritants et surtout d'offrir un service de qualité.

L'utilisation du flash est faite rarement et en cas d'urgence seulement. Dès l'utilisation du flash, un formulaire AH-223 est fait par le personnel du bloc opératoire.

Les événements de non-conformité sont déclarés par le personnel. Le comité stratégique instrumentation fait état des différentes raisons de non-conformité et des actions sont prises pour y remédier. Il est suggéré à l'équipe de réviser tout le processus de gestion des risques et de déclaration afin de s'en servir comme prémisses d'amélioration continue. De plus, le comité de pilotage chantier URDM a pour mandat de planifier la mise en place de plusieurs mesures qui touchent divers aspects de la pratique à l'URDM. Le projet d'amélioration du flux URDM est un autre groupe de travail qui vise à améliorer le processus en URDM. Il serait intéressant que tous ces comités soient inclus dans un programme d'amélioration continue de la qualité.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Don d'organes (donneur vivant)

- Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do

Transplantation d'organes et de tissus

- Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Dons d'organes et de tissus

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



Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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


Ensemble de normes : Don d'organes – Donneurs vivants - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)	
8.3 Il existe une politique de divulgation complète qui précise le processus visant à faciliter une prise de décision éclairée.	!
8.4 La politique de divulgation comprend une liste d'éléments d'information clés, qui doit être fournie au donneur vivant potentiel.	!
15.2 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.	
<p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus.</p> <p>Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	
15.2.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.	PRINCIPAL
15.2.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	PRINCIPAL
15.2.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	SECONDAIRE
15.3 Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	
15.3.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.	PRINCIPAL


Processus prioritaire : Leadership clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.14	Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.	
4.14.4	Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.	PRINCIPAL
4.14.5	L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit. <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	SECONDAIRE
4.17	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.20	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!

Processus prioritaire : Épisode de soins

11.8	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
11.8.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
11.8.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE

11.8.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.

SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

!

20.6 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

!

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

Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)

Le processus de don d'organes pour les donneurs vivants est bien compris et documenté, en conformité avec les critères. L'équipe est encouragée à revoir la mise en œuvre et la conformité aux pratiques organisationnelles requises.

Processus prioritaire : Leadership clinique

Il n'y a aucun critère à priorité élevé dans cette section.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de don d'organes - donneurs vivants est compétente et travaille maintenant sur le même site. Ceci permet une meilleure collaboration entre les différents types de clientèle. L'établissement est encouragé à évaluer la pertinence de fusionner les deux équipes dans un souci accru d'intégration et d'harmonisation. Considérant le défi du déménagement, l'équipe est encouragée à revoir l'application des évaluations du rendement et de l'évaluation de leur programme de formation des pompes à perfusion.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe se conforme aux critères à priorité élevée à l'exception de la pratique organisationnelle requise sur la prévention des chutes. L'équipe est encouragée à revoir cette stratégie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe se conforme aux critères à priorité élevée de cette section

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe applique les meilleures pratiques dans son domaine d'activité. Les résultats sont revus de façon systématique et partagés en équipe interdisciplinaire. L'équipe est encouragée à considérer l'implication des usagers et des familles dans certaines circonstances où les données sont contradictoires ou dans l'évaluation.

Ensemble de normes : Don d'organes et de tissus – Donneurs décédés - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Leadership clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

5.2	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
5.14	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.17	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

17.4	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
17.6	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe se conforme aux critères de cette section.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe des dons d'organes et de tissus est compétente et interdisciplinaire. Il existe une excellente collaboration entre les intervenants. À souligner deux réalisations intéressantes. La première est la création de l'infirmière en don d'organes du CHUM qui est l'employée de Transplant Québec. Ceci permet une très belle intégration, un alignement des processus, des formations et une meilleure cohésion d'équipe. La deuxième réalisation est la présence, sur place, d'un intensiviste 24 heures par jour depuis le déménagement. Ceci améliore la prise en charge et la gestion des cas de dons d'organes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est conforme au seul critère à priorité élevé de cette section.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe se conforme aux critères à priorité élevé de cette section.



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les résultats sont revus de façon systématique et partagés en équipe interdisciplinaire. L'équipe est encouragée à considérer l'implication des usagers et des familles dans certaines circonstances où les données sont contradictoires ou dans l'évaluation des protocoles. L'équipe doit être félicitée pour les derniers résultats de 4.3 organes par donneur, un des plus hauts au Québec.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Le processus du don d'organes est bien compris, appliqué et mis en oeuvre au CHUM. Les intervenants connaissent bien leurs rôles respectifs et il y a un suivi appliqué aux différents cas. Les enjeux sont en lien à l'accessibilité aux lits, en fonction de la nouvelle réalité et des pénuries en ressources humaines. Cependant, les membres de l'équipe en font une priorité étant donné que le don d'organes est une des priorités du CHUM.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
<p>2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.1 Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.2 La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de mettre en oeuvre la politique et d'en superviser l'application.</p> <p>2.5.3 La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.</p> <p>2.5.7 La politique est régulièrement mise à jour.</p> <p>2.5.8 De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
<p>17.4 Les médicaments oraux à dose unique sont conservés dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.</p>	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La pharmacie est très moderne avec des services cliniques de pointe.

La pharmacie a un programme d'audit et de recherche pratique bien établie.

Vérifier avec le contrôle des infections les besoins de nettoyage des cabinets des médicaments lors d'éclotions sur les unités de soins.

La pratique organisationnelle requise pour les abréviations est en place. Lors du dernier audit 32% des abréviations correspondait à des noms de médicaments. Cette pratique est à haut risque. Un effort concerté doit être mis en place afin de rectifier cette situation le plus tôt possible.

La politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé n'est pas mise en application. Il y a une politique en mode de validation. Cependant, le processus de double vérification est disponible pour certains médicaments.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
2.10 Les normes applicables en matière de salubrité des aliments sont respectées afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

La prévention des infections a un comité bien structuré qui relève directement de la direction des services professionnels. Le service de prévention des infections est très dynamique. Il vise des soins de qualité et il est supporté par la présence du président directeur général comme membre actif du comité.

Les rapports annuels et mensuels sont bien étoffés et donnent les statistiques pertinentes sur le suivi en matière de prévention des infections. L'équipe tient à instaurer une culture de prévention des infections dans l'établissement. L'observance de l'hygiène des mains est faite et un compte rendu épidémiologique des bactéries multirésistantes sont fournis par le comité opérationnel en prévention des infections. L'équipe tient compte des données probantes pour améliorer la qualité et le comité de prévention des infections fait les recommandations en fonction de ces normes. Il faut souligner l'implication de tous les membres incluant la présence d'une représentante du comité des usagers pour faire la promotion de la prévention des infections et des bonnes pratiques. De plus, l'équipe est très créative pour faire passer ses messages notons l'utilisation des écrans de veille des postes informatiques.

L'équipe a revu son fonctionnement avec l'arrivée dans le nouveau CHUM. Une évaluation du fonctionnement est faite régulièrement et des ajustements sont apportés. Malgré tous les efforts de l'équipe pour l'observance du lavage des mains, des résultats mitigés sont observés. L'équipe a mis sur pied un plan d'action pour l'hygiène des mains pour favoriser la compliance du personnel. L'équipe est consciente que ce suivi et qu'une vigie constante sont nécessaires. C'est un défi de tous les jours. Les travaux de construction sont suivis à la loupe et un plan de travail est élaboré selon le secteur. L'équipe est sensible aux différents défis de construction et de rénovation et s'assurent du respect des normes de prévention des infections.

L'équipe fait la surveillance des infections nosocomiales et en fait rapport aux différentes directions. En cas d'éclosion, les actions sont prises pour limiter les risques de contamination. Les lieux physiques diminuent le risque de transmission nosocomiales et facilitent la gestion des éclosions. Le personnel connaît les procédures et la documentation et disponible sur l'intranet du CHUM.

Différentes actions sont prises pour assurer la vaccination antigrippale du personnel et des patients. Des campagnes publicitaires sont diffusées dans l'établissement.



Le personnel est formé sur la prévention des infections à son arrivée, en groupe et de façon individuelle. Une formation adaptée aux bénévoles est dispensée par les conseillères en prévention des infections.

Au service alimentaire, le matériel souillé ne vient pas en contact avec le matériel propre. Cependant, il a été constaté que le nettoyage d'un chariot souillé a été fait près d'une cuve contenant de la nourriture. L'équipe doit s'assurer du respect des règles de prévention des infections dans tous les secteurs.

Le service d'hygiène et salubrité est essentiel et vise à donner des services pour assurer la sécurité des usagers en matière de prévention. L'approche « clé en main » est privilégiée. Différents moyens sont mis en place pour aider les intervenants à donner un service hors-pair. Différents moyens d'observation sont utilisés pour s'assurer que le personnel respecte les normes. Le personnel se dit bien informé et connaît les procédures. Des documents de référence sous forme de tableau sont disponibles au besoin. Le service régulier d'entretien se fait avec des chariots qui ne sont pas toujours fermés à clef.

L'équipe a établi son plan d'activités et d'objectifs du programme de prévention des infections 2018-2019. Celui-ci est très étoffé avec des échéanciers et l'atteinte des résultats. Beaucoup de collaboration entre les directions seront nécessaires pour faire vivre au quotidien ce plan d'action

Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.16 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.6 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> 8.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés. 	 PRINCIPAL PRINCIPAL
8.7 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée. <ul style="list-style-type: none"> 8.7.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre. 8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée. 8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin. 	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision	

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

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

Ces critères ne font pas l'objet d'une évaluation dans le cadre d'une visite de transition.

Processus prioritaire : Compétences

Des "pairs aidants" collaborent de près avec l'équipe de santé mentale. Outre le fait d'accompagner les usagers dans leur trajectoire de soins, ils sont mis à contribution dans différentes décisions relatives à l'organisation des services.

Plusieurs activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel concernant notamment, l'utilisation sécuritaire des équipements, la santé et la sécurité au travail, de même que la prévention de la violence en milieu de travail. L'intégration de la recherche clinique au service de santé mentale constitue un point d'excellence et contribue à rehausser les standards cliniques.

L'évaluation du rendement du personnel est réalisée en période d'orientation et de probation. Il est souhaitable de procéder à l'évaluation du rendement de l'ensemble du personnel de manière régulière, d'assurer le suivi et d'offrir le soutien qui s'impose.

Une approche collaborative interdisciplinaire est bien établie aux services de santé mentale. Une relation harmonieuse est développée entre les médecins et l'équipe clinique. Des rencontres interdisciplinaires structurées ont lieu aux semaines et ont y traite de l'ensemble des usagers de l'unité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission n'est pas conforme. La liste des médicaments est faite à partir du profil du Dossiers santé Québec (DSQ), mais cela ne constitue pas un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP à l'admission est incomplet. Il n'y a pas d'évidence que les écarts sont décelés et corrigés.

La pratique organisationnelle requise relative à la prévention des chutes n'est pas conforme aux normes. Bien que l'approche soit documentée, elle est peu connue des intervenants. De plus, il n'y a pas d'évidence à l'effet qu'elle soit régulièrement évaluée dans une optique d'amélioration.

Les autres pratiques organisationnelles requises applicables aux services de santé mentale sont respectées: prévention du suicide, usage de deux identificateurs uniques à la personne, communication efficace de l'information aux points de transition.

Processus prioritaire : Aide à la décision


Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. On encourage l'organisme à associer des usagers et des familles dans la conception de ce processus.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un professionnel des services de santé mentale a pour mandat de veiller sur les pratiques et de faire des recommandations à l'équipe sur les lignes directrices à utiliser et sur la façon de les intégrer à la prestation des services. Il serait souhaitable de travailler avec l'apport des usagers et des familles, pour examiner et faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes.

On encourage les services de santé mentale à mettre de l'avant des projets structurés d'amélioration continue en y associant des patients partenaires et en mesurant l'atteinte des résultats par le biais d'indicateurs.

Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.9 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.5 Le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur est établi en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le système de soutien personnel aux points de transition des soins.	
8.5.1 Un processus structuré permet de faire le suivi de l'information relative aux médicaments de l'utilisateur et de la communiquer, et ce, tout au long du traitement.	PRINCIPAL
8.5.2 Une liste complète de tous les médicaments que l'utilisateur prend (meilleur schéma thérapeutique possible ou MSTP) est produite en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou un autre système de soutien personnel au début des services.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision	
11.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!

13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Ces critères n'ont pas été évalués dans le contexte d'une visite de transition.

Processus prioritaire : Compétences

Un patient partenaire est associé dans les activités de formation du nouveau personnel. On encourage l'organisme à impliquer également les usagers et les familles pour cibler la formation et le perfectionnement qui pourraient être utiles aux membres de l'équipe et contribuer à améliorer les services.

Plusieurs activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel concernant notamment, l'utilisation sécuritaire des équipements, la santé et la sécurité au travail, de même que la prévention de la violence en milieu de travail.

L'évaluation du rendement du personnel est réalisée en période d'orientation et de probation. Il est souhaitable de procéder à l'évaluation du rendement de l'ensemble du personnel de manière régulière, d'assurer le suivi et d'offrir le soutien qui s'impose.

Une approche collaborative interdisciplinaire est bien établie aux services de traitement des dépendances. Une relation collégiale est développée entre les médecins et l'équipe clinique. Des rencontres interdisciplinaires structurées ont lieu chaque semaine et ont y traite de l'ensemble des usagers de l'unité. De plus, une brève rencontre interdisciplinaire quotidienne permet de répondre aux besoins plus urgents.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission n'est pas conforme. La liste des médicaments est faite à partir du profil du DSQ, mais cela ne constitue pas un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP à l'admission est incomplet. Il n'y a pas d'évidence que les écarts sont décelés et corrigés.

Les autres pratiques organisationnelles requises applicables aux services de traitement des dépendances sont respectées: prévention du suicide, usage de deux identificateurs uniques à la personne, communication efficace de l'information aux points de transition.

Processus prioritaire : Aide à la décision



Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. On encourage l'organisme à associer des usagers et des familles dans la conception de ce processus.




Processus prioritaire : Impact sur les résultats








Un professionnel des services de traitement des dépendances a pour mandat de veiller sur les pratiques et de faire des recommandations à l'équipe sur les lignes directrices à utiliser et sur la façon de les intégrer à la prestation des services. Il serait souhaitable de travailler avec l'apport des usagers et des familles, pour examiner et faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes.

On encourage l'organisme à aller de l'avant avec son projet d'amélioration continue concernant le rehaussement du niveau d'expertise clinique de l'équipe, en y associant des indicateurs de mesure de l'atteinte des résultats attendus.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
6.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>6.9 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>6.9.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>6.9.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>6.9.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>6.9.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE

6.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.13	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
10.11	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
11.6	SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
11.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
11.6.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
11.11	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.	
11.11.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
11.11.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
11.11.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
11.13	Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.	
	NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	

11.13.1	Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.	PRINCIPAL
11.13.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	SECONDAIRE
12.3	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
12.3.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	PRINCIPAL
13.5	Une politique et une procédure sont suivies pour le décompte chirurgical et elles décrivent quel matériel doit être compté, le moment où le décompte doit être effectué, ce qui doit être fait lorsque le compte est incorrect et ce qui doit être consigné.	
13.7	Le décompte est effectué, consigné et signé par au moins deux membres désignés de l'équipe.	
14.3	Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	
14.3.2	La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.	PRINCIPAL
17.2	Un code vestimentaire est suivi dans le bloc opératoire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
21.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	

23.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.



23.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.



Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite de transition.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel du secteur périopératoire doit avoir les compétences pour y travailler. Un programme d'orientation est en place dans les différents secteurs et une évaluation des compétences est faite au terme du dit programme. Cependant, le personnel en place n'est pas évalué de façon régulière. L'équipe est encouragée à faire de l'évaluation au rendement une de ses priorités dans un contexte d'amélioration continue de la qualité. L'équipe travaille en étroite collaboration et des rencontres ont lieu régulièrement pour faire le suivi des différents travaux ou objectifs d'amélioration. La gestion des ressources humaines dans le secteur est un défi de tous les jours. L'équipe doit composer avec un manque de ressources humaines pour répondre aux différents besoins et à l'augmentation de l'offre de services. Les rôles et responsabilités sont bien définies sauf en clinique préopératoire où ils devront être documentés pour s'assurer que chaque intervenant respecte son rôle.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a fait un travail immense dans la dernière année pour assurer une continuité de services dans un contexte de grand changement organisationnel. L'arrimage de nouvelles équipes de travail et de pratiques différentes, l'équipe a mis en œuvre des stratégies d'harmonisation des pratiques même s'il reste du travail à faire. Malgré tous les efforts, force est de constater que plusieurs pratiques organisationnelles requises et certaines procédures de base ne sont pas conformes sur le terrain lors de l'observation. Le décompte chirurgical, le consentement et la liste de vérification de la sécurité chirurgicale méritent une attention particulière dans la mise en œuvre d'un plan d'action rapide pour répondre aux règles de la documentation au dossier. L'équipe est encouragée à poursuivre les efforts et à s'adjoindre une approche collaborative de toutes les directions cliniques pour atteindre les résultats concluants et ce, dans l'intérêt de la sécurité des usagers.

Le cheminement de la clinique préopératoire jusqu'au départ de l'utilisateur est bien documenté au dossier. Dès la clinique préopératoire, la préparation, l'enseignement en vue de la chirurgie est bien débuté. La

documentation est remise et est également disponible sur le site web du CHUM. Le projet ERAS, programme de récupération rapide pré/post chirurgie, est un bel exemple d'amélioration de la pratique professionnelle. De plus, un projet de réorganisation globale de la clinique préopératoire est en voie de réalisation afin de faciliter la fluidité des activités.

La prise en charge de l'utilisateur le jour de la chirurgie est faite par une équipe interdisciplinaire qui connaît ses rôles et responsabilités. Il serait intéressant de se questionner sur les heures d'arrivée de l'utilisateur le jour de la chirurgie surtout si l'opération a lieu en après-midi tout en incluant les usagers dans la prise de décision.

Le secteur périopératoire est propre et bien entretenu. Tout le circuit du matériel est prévu pour éviter le croisement souillé-propre. Le matériel est en quantité suffisante et un système d'approvisionnement moderne sont en place. Le regroupement par grappes permet une utilisation judicieuse du matériel et de l'utilisation des compétences du personnel.

La surveillance périopératoire est conforme aux normes. L'appareillage et le monitoring sont en place pour assurer une surveillance étroite et de répondre aux situations urgentes de la clientèle lors de leur séjour au bloc périopératoire.

Plusieurs stratégies de communication ont été mises en place pour que le personnel soit informé. De nombreux comités quotidiens, hebdomadaires et autres ont lieu dans un processus d'amélioration continue de la qualité. L'équipe doit poursuivre ses rencontres pour que les messages et les informations soient communiqués au personnel et aux différents collaborateurs.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque usager a un dossier unique sous forme papier avec un volet sous forme informatique. Tout au long du processus de la clinique préopératoire jusqu'à son départ, le dossier suit l'utilisateur. L'information est consignée au fur et à mesure en partenariat avec l'utilisateur. L'accessibilité au dossier informatique est gérée par des normes et des procédures pour en préserver la confidentialité et la sécurité des informations. Dès le départ, le dossier actif est numérisé. L'équipe est encouragée à inclure les usagers dans la politique de tenue de dossiers.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe établit les meilleures pratiques en fonction des données probantes et des lignes directrices des différentes organisations qui ont de l'intérêt pour le volet périopératoire. Des audits sont faits régulièrement pour s'assurer de la conformité de la pratique sécuritaire. Quoique des usagers fassent partie du comité de gestion des risques, il est suggéré à l'équipe d'intégrer des usagers dans les différents comités touchant le secteur périopératoire afin d'avoir leur opinion.


L'équipe fait un suivi de différents indicateurs de gestion et comme outils d'amélioration continue de la qualité. L'équipe aurait avantage à élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité en partenariat avec les usagers.





Les résultats de la visite d'agrément doivent être un levier afin que l'ensemble des intervenants professionnels et médicaux sont au cœur des solutions pour offrir des soins encore plus sécuritaires et de qualité.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La procédure et la préparation des médicaments sont conformes aux critères. Tous les médicaments administrés sont consignés au dossier de l'utilisateur.

Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE
3.12 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

3.14 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>8.6 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.6.1 À l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL
<p>8.7 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.</p> <p>8.7.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre.</p> <p>8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p> <p>8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.</p>	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
<p>8.9 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p> <p>8.9.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p> <p>8.9.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL

- 8.9.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.

SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

!

15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

!

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

L'équipe est conforme au seul critère à priorité élevé dans cette section.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe multidisciplinaire est composée de gens qualifiés. L'équipe doit être félicitée pour l'exploit d'avoir intégré trois différentes équipes aux soins intensifs. Dans le cas de l'unité des Grands Brûlés et de l'unité des soins coronariens, la transition a été plus fluide étant donné la consolidation antérieure de ces services sur un seul site. Il existe maintenant un bon esprit d'équipe. L'équipe doit jongler avec des difficultés de recrutement aux soins infirmiers et en inhalothérapie, ce qui limite la capacité de fonctionner à plein rendement. Avec le déménagement et l'intégration, il y a eu un relâchement dans les évaluations de rendement. L'équipe est encouragée à suivre sa politique à cet effet.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe des soins critiques offre des services fondés sur les données probantes. Malgré les enjeux de recrutement, particulièrement du personnel infirmier et des inhalothérapeutes, elle parvient progressivement à augmenter ses services, comme en témoigne l'ouverture récente en septembre de 14 lits au 15 sud. Les services sont regroupés en fonction de la clientèle. Le travail se fait en interdisciplinarité et il y a une belle approche centrée sur les patients et leur famille. Les unités des Grands Brûlés et des soins coronariens ont plus de stabilité de leur équipe, puisqu'ils étaient déjà regroupés sur un seul site avant le déménagement. L'équipe médicale doit être félicitée pour avoir

instauré la présence sur place, 24 heures par jour d'un intensiviste. Maintenant que la période d'adaptation au nouvel environnement est terminée, l'équipe est encouragée à reprendre son travail afin d'assurer une conformité aux pratiques organisationnelles requises.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe se conforme à tous les critères à priorité élevée de cette section.




Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a des procédures normalisées pour développer des protocoles fondés sur des données probantes. Elle est préoccupée par la sécurité des services et dispose de plusieurs indicateurs qui sont rapportés de façon variable. L'équipe est encouragée à développer un plan intégré de qualité avec une priorisation de quelques indicateurs clés pour lesquels des plans d'action concrets seraient développés. Nous encourageons la production de rapports périodiques des progrès envers l'atteinte de ces cibles. De plus, nous encourageons la mise à contribution des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles dans ce processus.


Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe se conforme au seul critère à priorité élevé de cette section.

Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>3.11 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.11.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.11.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>3.11.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
5.10 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	




Processus prioritaire : Épisode de soins

8.5	Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
8.5.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	
14.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	

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

Ces critères ne sont pas évalués dans le cadre de la visite de transition.

Processus prioritaire : Compétences

L'appréciation du rendement de l'équipe est réalisée régulièrement. Toutefois, en raison du contexte de transition et du cumul de fonction de la gestionnaire, ces évaluations ont cessé dans les derniers mois. Le rythme a récemment repris.

Une approche collaborative entre professionnels est très bien établie aux services de soins palliatifs et de fin de vie. L'équipe interdisciplinaire aux besoins de l'unité, de même qu'à l'ensemble et des services de l'établissement concernés par cette clientèle.

Les protocoles et les processus cliniques sont très bien normalisés aux services de soins palliatifs et de fin de vie et contribuent à la sécurité de l'utilisateur.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission n'est pas conforme. Le MSTP à l'admission est incomplet et il ne favorise pas le fait de déceler les écarts et de les corriger.

Plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) sont bien respectées aux services de soins palliatifs et de fin de vie: prévention des chutes, prévention des plaies de pression, usage de deux identifiants uniques, communication efficace aux points de transition.

Processus prioritaire : Aide à la décision


Les services de soins palliatifs et de fin de vie procèdent systématiquement aux deux semaines à des "tournées qualité" afin d'auditer différents indicateurs de la qualité et de la sécurité des pratiques, concernant le patient, la tenue de dossier et l'environnement physique. Cette information permet de cerner les points sensibles et d'initier des actions correctives.



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs bénévoles très investis et bien formés collaborent de près avec l'équipe soignante des soins palliatifs et de fin de vie, à l'unité et dans les autres services de l'établissement accueillant ce type de clientèle. Les bénévoles sont consultés pour des décisions relatives aux soins. On encourage l'organisme à impliquer davantage des patients partenaires dans des projets d'amélioration et diverses décisions concernant les soins et à l'organisation des services.

Les services de soins palliatifs et de fin de vie ont élaboré un plan d'action 2018-2020 bien aligné avec les priorités organisationnelles. On y précise les projets d'amélioration de la qualité, de même que les indicateurs de mesure des résultats attendus.

Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
8.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
8.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
8.13 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
<p>10.1 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>10.1.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'usager sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>10.1.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL

<p>10.1.5</p>	<p>L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	<p>SECONDAIRE</p>
<p>10.1.6</p>	<p>Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	<p>SECONDAIRE</p>
<p>Processus prioritaire : Épisode de soins</p>		
<p>15.5</p>	<p>Soins en milieu hospitalier seulement : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<p></p>
<p>15.5.1</p>	<p>Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>15.5.2</p>	<p>Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>15.7</p>	<p>Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.</p>	<p></p>
<p>15.7.4</p>	<p>L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p>	<p>SECONDAIRE</p>
<p>15.7.5</p>	<p>Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.</p>	<p>SECONDAIRE</p>

15.8 Soins en milieu hospitalier seulement : Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.



NOTE : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus.

Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

- 15.8.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.
- 15.8.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.
- 15.8.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.

PRINCIPAL

PRINCIPAL

SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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



25.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.



25.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.



Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipements de radiothérapie sont à la fine pointe de la technologie. Les système de gestion des déchets radio actifs sont en place.

Processus prioritaire : Compétences

Sur l'unité visitée, il y a une grande collaboration entre les professionnels pour fournir des soins de qualité.

L'équipe visitée est dynamique bien que constituée il y a seulement un an. C'est le fruit d'un excellent leadership clinique et administratif axé sur les soins aux patients.

Les patients rencontrés sont unanimes que les soins prodigués sont excellents et très humains.

La gestionnaire tient à jour un tableau de bord de la formation de son personnel. Cette initiative pourrait être étendue aux autres départements afin de garder à jour un profil de compétence global des intervenants.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les patients qui reçoivent de la radio thérapie ne signe pas un consentement pour le traitement.

Les soins sont bien orchestrés avec l'utilisation du logiciel Mosaic mis en place.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'institution travaille dans un dossier hybride, à la fois électronique et papier. Ceci complique la disponibilité de l'information pour les cliniciens et ceci peut avoir un effet négatif sur l'efficacité dans la délivrance des soins.

Le dossier électronique en oncologie est un outils qui permet de bien suivre les soins dans ce domaine. Les services sont intégrés pour optimiser les résultats.

L'équipe participe à de nombreuses recherches qui supportent la prestation de soins optimale.

Les tournées qualité permettent de bien encadrer la pratique et de standardiser les soins.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats



Le processus pour impliquer l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix sur différentes composantes cliniques doit être mis en place pour bien répondre aux nouvelles normes.

Il y a un processus de co-création avec les usagers et les familles en place pour les processus des soins.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments





Le travail interdisciplinaire est présent dans la gestion des médicaments. Les systèmes de validation des ordonnances couplés avec les validations des résultats de laboratoire du patient augmentent la sécurité du circuit du médicament.

Ensemble de normes : Transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus	
<p>12.3 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p> <p>12.3.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p> <p>12.3.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.</p> <p>12.3.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>13.1 Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p> <p>13.1.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences

<p>4.11 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	
<p>4.11.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>4.11.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>4.11.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	<p>SECONDAIRE</p>
<p>4.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.</p>	
<p>4.17 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.</p>	
<p>Processus prioritaire : Épisode de soins</p>	
<p>12.2 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	
<p>12.2.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>12.2.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p>	<p>SECONDAIRE</p>
<p>12.2.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.</p>	<p>SECONDAIRE</p>

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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



20.6 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus**

L'équipe connaît et se conforme aux normes et pratiques de transplantation. Il existe une excellente collaboration avec Transplant Québec, l'organisme provincial qui coordonne le processus de don d'organes et de transplantation.

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe a une bonne relation avec Transplant Québec et fournit la liste des chirurgiens spécialistes en transplantation qualifiés et autorisés à effectuer des interventions de prélèvement des organes.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire du service de transplantation d'organes et de tissus du CHUM est compétente et expérimentée. L'intégration de deux différentes cultures en un seul service sur un seul site a présenté des enjeux au début, mais ceux-ci ont été résolus. La stabilité des intervenants en est un reflet du bon climat de collaboration.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe de transplantation a des processus bien établis pour livrer les services. La centralisation en un seul service des programmes de transplantation hépatique, thoracique, rénale et pancréatique s'est bien déroulée. L'équipe est encouragée, maintenant que cette étape du déménagement est terminée, à porter son attention à la conformité aux pratiques organisationnelles requises.



Processus prioritaire : Aide à la décision



L'équipe est conforme à l'ensemble des critères à priorité élevé de cette section. La tenue des dossiers suit les politiques et procédures de l'établissement.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe de transplantation d'organes et de tissus adopte les protocoles en fonction des données probantes. Elle a un processus bien établi de revue de la qualité. L'équipe doit être félicitée pour la création des patients-ressources, une initiative qui est appréciée des intervenants et surtout des patients et familles. L'équipe est encouragée à impliquer ces patients dans l'élaboration des lignes directrices éclairées par des données probantes.

Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>9.7 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<p style="text-align: center;"></p>

9.7.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
9.7.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
9.8	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.	
9.8.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre.	PRINCIPAL
9.8.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
9.8.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
9.10	Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	
9.10.1	Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.	PRINCIPAL
9.10.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	PRINCIPAL
9.10.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

il n'y a pas de critère à évaluer

Processus prioritaire : Compétences

L'institution a un programme structuré de formation pour les employés. Un tableau de bord des formations par unités pourrait permettre de planifier et d'évaluer les besoins.

L'unité de cardiologie a développé une méthode de formation innovatrice en mettant en place la chambre des 7 erreurs. Le concept est de créer une simulation dans une chambre libre avec des erreurs afin de les faire découvrir par les infirmières.

En médecine, la formation interdisciplinaire est très présente. Le quiz de génie en herbe, un jeu ou des équipes multidisciplinaires d'étudiants sont en compétition pour démontrer le rôle de chaque discipline dans la dispensation des soins.

La formation sur les pompes est à réviser pour les pompes à ACP et les pousses seringues. Les pompes intelligentes ne sont pas programmées.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors de la revue de dossier, dans les notes de progrès, l'utilisation d'abréviations non conventionnelles a été notée pour identifier la médication du patient.

3

Par exemple; naproxen 250mg tid est noté naproxen 250mg . Cette pratique peut porter à confusion.

Les unités ont une philosophie d'amélioration de la qualité en suivant plusieurs indicateurs. Il y a une forte collaboration entre les disciplines. En médecine, les nouveaux ateliers de planification de congé pour les résidents de médecine interne ont le potentiel de devenir une pratique exemplaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'établissement travaille dans un dossier hybride, c'est-à-dire à la fois électronique et papier. Ceci complique la disponibilité de l'information pour les cliniciens et peut avoir un effet négatif sur l'efficacité dans la délivrance des soins.



Lors de la visite, il est noté que la documentation des risques de chutes, faisant partie du formulaire d'admission, complété par les infirmières, est fait de manière exceptionnelle. Si le risque de chutes est absent, il n'y a pas d'annotation au dossier. Plutôt que de laisser le formulaire sans documentation dans cette situation, il serait plus clair de documenter le risque comme absent.


Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement; le processus pour impliquer les usagers dans les processus clinique doit être développé.

Le processus de la délivrance des soins est fait avec l'implication des usagers ce qui est différent de l'implication dans les lignes directrices cliniques.

Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	
4.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<p>4.9 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>4.9.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'usager sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>4.9.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>4.9.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE

10.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
10.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
10.7	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	 PRINCIPAL
10.7.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	PRINCIPAL
10.7.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
16.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
18.5	Le temps nécessaire pour assurer le transfert des usagers amenés par ambulance est évalué et utilisé afin d'établir les délais prévus pour le transfert des usagers qui sont amenés au service des urgences par les SMU.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe est encouragée à développer un plan d'amélioration intégré, avec la participation des membres des urgences et des usagers et des familles. L'équipe est encouragée à définir des indicateurs de performance pour mobiliser et interpeller l'ensemble de l'établissement afin d'améliorer le cheminement du patient aux urgences.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe multidisciplinaire est composée de gens qualifiés. Un effort particulier et qui doit être souligné est la préparation au déménagement, à l'adaptation à un nouvel environnement et à l'intégration de trois équipes différentes. Tout un exploit. Il semble y exister une bonne cohésion et un bon climat de collaboration. Une orientation à l'urgence est offerte aux nouveaux membres du personnel. Un programme robuste d'acquisition des compétences aux services d'urgences est également en place. Avec le déménagement et l'intégration, il y a eu un relâchement dans les évaluations de rendement. L'équipe est encouragée à suivre sa politique à cet effet.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe des urgences s'est bien adaptée à son nouvel environnement. Un travail important a été fait avant le déménagement afin d'intégrer trois différentes équipes et d'harmoniser les pratiques. La préoccupation du patient est perçue tout au long du processus et des efforts sont déployés afin d'améliorer le flot du patient. Les processus de triage sont bien compris et appliqués. Cependant, certains enjeux émergent déjà avec des problèmes de débordement et un haut taux de patients qui quittent sans avoir vu un médecin. L'établissement est encouragé à être plus proactif dans la recherche de solutions. Il est encouragé à voir ce problème d'encombrement et de performance aux urgences comme un problème systémique, que seule une approche systémique parviendra à régler.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'établissement dispose d'un dossier hybride. La documentation des professionnels de la santé est informatisée, alors que la documentation médicale demeure en format papier. Cette situation n'est pas optimale et est bien connue de l'équipe en place. La tenue de dossier respecte les principes de la protection des renseignements personnels. L'établissement est encouragé à progresser dans l'informatisation complète de son dossier de soins.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'établissement récolte une série d'indicateurs. Des cibles sont établies, en particulier en fonction de l'entente de gestion. Certaines initiatives sont élaborées afin d'améliorer les résultats, qui sont affichés à la salle de pilotage des services d'urgences. Le service des urgences a un haut taux de patients qui quittent sans être vus. Par contre, elle doit être félicitée pour l'amélioration significative de la durée moyenne de séjour qui est passée de plus de 21 heures à moins de 14.5 heures. Cependant, ceci n'est pas intégré dans un plan concret d'amélioration continue qui est facilement communiqué. L'équipe est

encouragée à faire participer ses membres dans l'élaboration d'un tel plan. L'équipe est aussi encouragée à impliquer les patients dans l'élaboration de ces plans.

Par ailleurs, l'établissement est encouragé à développer une stratégie plus proactive pour la gestion des débordements. Nous l'encourageons à voir ce problème comme un problème systémique de l'établissement qui nécessite une approche concertée où tous les services viennent en appui à l'équipe des urgences. Nous encourageons l'établissement à réfléchir et explorer une approche qui favorise que les secteurs tirent les patients des urgences (le "pull") plutôt que ce soit les urgences qui poussent les patients dans les secteurs (le "push").

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Le CHUM étant un centre de transplantation important, l'équipe des urgences est bien au courant de son rôle dans ce processus.