



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

**Centre universitaire de santé / McGill
University Health Centre**

Séquence 3 - Santé physique

Rapport publié: 22/05/2026

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Québec^{MC} entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans le présent rapport de manière confidentielle, l'Organisation peut divulguer ce Rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce Rapport. Agrément Canada sera libre de faire usager de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra l'intégrité du processus d'agrément ; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce Rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à: publications@healthstandards.org.

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2026. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité	2
À propos d'Agrément Canada	5
À propos du rapport d'agrément	5
Aperçu du programme	5
Sommaire	7
À propos de l'établissement	7
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	7
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	12
Soins centrés sur les personnes	13
Aperçu de l'amélioration de la qualité	15
Décision d'agrément	17
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	17
Résultats selon les dimensions de la qualité	20
Pratiques organisationnelles requises	21
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	28
Excellence des soins et services	28
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	33
Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	38
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	43
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	49
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	54
Soins et services critiques (usagers admis)	59

Table des matières

Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

65

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif international ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et internationales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d'agrément

L'Établissement mentionné dans le présent rapport de visite (l'**Établissement**) participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 30 janvier 2026 au 06 février 2026. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'Établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada à ces dates.

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

Aperçu du programme

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

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

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'utilisation de sondages portant sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément sont menées selon une approche par traceurs et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de broser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les possibilités d'amélioration.

Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est issu d'une fusion volontaire réalisée en 1997, regroupant l'Hôpital général de Montréal (1821), l'Hôpital Royal Victoria (1893), l'Institut thoracique de Montréal (1903), l'Hôpital de Montréal pour enfants (1904) et l'Hôpital neurologique de Montréal (1934). Désigné comme établissement non fusionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CUSM a intégré en 2008 l'Hôpital de Lachine (1913) ainsi que le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) CamilleLefebvre.

L'Institut de recherche du CUSM (IRCUSM), fondé en 1997, regroupe huit programmes de recherche en santé de l'adulte et de l'enfant, contribuant activement à l'avancement des connaissances et à l'innovation en santé.

Affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill, le CUSM dessert la grande région de Montréal. En raison de son rôle de chef de file au sein du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) McGill, il soutient également la prestation des soins de santé, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies à l'échelle du Québec. Il accueille des étudiants issus de l'ensemble des professions de la santé et offre des soins tertiaires et quaternaires, incluant des hospitalisations, des chirurgies complexes, des interventions d'urgence et des traitements spécialisés.

Le CUSM constitue une communauté de plus de 16000 personnes. Celle-ci comprend notamment 11428 employés, 387 cadres, et 1540 médecins, dentistes et pharmaciens. De plus, il peut compter sur 60 usagers partenaires. L'établissement offre ainsi des soins et services à une population caractérisée par une grande diversité socioéconomique et culturelle.

Depuis 1979, le CUSM bénéficie d'un statut bilingue spécial en vertu de la Charte de la langue française, garantissant la continuité des services à la communauté anglophone.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Une interdisciplinarité forte et ancrée dans les pratiques cliniques

Les observations réalisées dans l'ensemble des secteurs visités démontrent une interdisciplinarité solide, incarnée par des équipes engagées, cohésives et centrées sur les besoins des usagers.

À l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, comme à celle de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital de Lachine, les équipes travaillent de manière fluide et complémentaire, mobilisant rapidement les expertises nécessaires pour assurer une prise en charge sécuritaire et continue. La communication est efficace, bien documentée et soutenue par des pratiques harmonisées, notamment grâce à la formation régulière du personnel et à l'utilisation cohérente d'outils cliniques, tels que les documents de transfert infirmier.

Dans les unités d'hospitalisation, les équipes mixtes démontrent une organisation rigoureuse et un esprit de collaboration manifeste, même dans des environnements matériels restreints. Les professionnels — infirmières, médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes et autres — travaillent ensemble avec une volonté claire de dépasser les contraintes pour offrir des soins de qualité.

Collaboration interne : une intégration bien établie dans l'approche de gestion

La collaboration interne se distingue par sa fluidité et son niveau d'intégration élevé dans plusieurs secteurs.

À l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, les liens avec les soins palliatifs, la chirurgie et les autres partenaires internes sont mobilisés rapidement et adéquatement.

À l'Hôpital général de Montréal, l'approche AAPA (approche adaptée à la personne âgée) est bien implantée pour les personnes âgées et les équipes de traumatologie démontrent une mobilisation remarquable dans un contexte très exigeant.

Dans les secteurs périinterventionnels de l'Hôpital Royal Victoria, les équipes du bloc opératoire, de l'endoscopie et des soins intensifs chirurgicaux fonctionnent comme de véritables unités intégrées où la communication, les simulations cliniques et les apprentissages partagés renforcent la cohésion et la sécurité des soins.

Les cliniques ambulatoires, qu'il s'agisse de médecine interne, de cardiologie non invasive, de la fonction pulmonaire pédiatrique ou des services d'imagerie et de médecine nucléaire, illustrent également une collaboration étroite entre médecins, infirmières, technologues et inhalothérapeutes qui est centrée sur les besoins des usagers.

Cette intégration interne est soutenue par des mécanismes de communication efficaces, des rencontres interdisciplinaires régulières et une culture de soutien mutuel qui se reflète dans la fluidité des trajectoires et la qualité des interventions.

Collaboration avec la communauté et les partenaires externes

La collaboration externe est un élément clé du fonctionnement de plusieurs secteurs visités.

À l'Hôpital de Lachine, l'infirmière d'évaluation systématique joue un rôle important dans les liens avec les services, facilitant la coordination des services et la continuité des soins.

Les équipes de l'Hôpital Royal Victoria collaborent étroitement avec des centres chirurgicaux privés pour déléster certains cas et optimiser l'accès aux soins spécialisés.

Aux soins intensifs chirurgicaux, les partenariats avec des organismes externes, notamment Coolsi et les communautés autochtones, enrichissent la prise en charge et soutiennent les objectifs cliniques.

À l'unité de soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants, la collaboration avec Sainte-Justine permet un partage de matériel et de fournitures, illustrant une approche interétablissement axée sur la solidarité et la continuité des services.

En chirurgie ambulatoire pédiatrique, les liens avec l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et les cliniques médicales spécialisées (CMS) facilitent la gestion des flux et l'orientation des cas moins urgents vers des milieux appropriés.

Ces partenariats renforcent la fluidité des trajectoires, soutiennent l'accessibilité et contribuent à une réponse plus complète aux besoins des usagers.

Une approche interdisciplinaire soutenue et valorisée par l'organisation

L'ensemble des constats met en lumière une organisation qui soutient activement l'interdisciplinarité par :

- des formations régulières et des simulations cliniques;
- des pratiques harmonisées et des outils cliniques partagés;
- une culture de collégialité, de soutien mutuel et d'apprentissage continu;
- une valorisation du travail d'équipe, particulièrement visible dans les secteurs critiques et périinterventionnels.

Même dans les environnements plus contraints, comme à l'Hôpital de Lachine ou dans certains secteurs d'imagerie/médecine nucléaire, les équipes démontrent une résilience remarquable et une volonté manifeste de collaborer pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Accès, continuité et trajectoires de soins et services

L'analyse des différents milieux cliniques montre un réseau fortement engagé à offrir des trajectoires de soins accessibles, cohérentes et sécuritaires, malgré des contraintes organisationnelles et physiques. Les équipes démontrent une grande capacité à répondre aux besoins des usagers et de la population, grâce à une coordination interdisciplinaire efficace et à des partenariats solides avec les centres locaux de services communautaires (CLSC), les services spécialisés et les ressources communautaires.

Plusieurs secteurs se distinguent par des initiatives concrètes améliorant l'accès :

- À l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'orientation est rapide et bien coordonnée, avec des liens structurés avec les CLSC.
- En imagerie et en médecine nucléaire, la priorisation rigoureuse, la réduction des délais (GESTRED) et notamment la télééchographie pour le Grand Nord réalisée à l'Hôpital de Montréal pour enfants renforcent l'équité d'accès.
- À la clinique de médecine interne de l'Hôpital général de Montréal, l'offre de télésanté et la présence régulière d'internistes dans le Grand Nord assurent une réponse adaptée aux besoins régionaux.
- En endoscopie et au bloc opératoire de l'Hôpital Royal Victoria, des corridors régionaux et une salle hybride soutiennent une offre spécialisée en croissance.
- En oncologie de l'Hôpital Royal Victoria, la fluidité demeure exemplaire malgré l'augmentation des volumes.
- À la clinique ambulatoire de chirurgie générale de l'Hôpital de Montréal pour enfants, des initiatives innovantes, comme l'envoi d'inhalothérapeutes en régions éloignées, témoignent d'une volonté d'élargir l'accès.

Dans l'ensemble, ces efforts illustrent une adaptation continue de l'offre de services aux besoins des populations locales et éloignées, tout en maintenant des standards élevés de qualité.

Continuité des soins et fluidité des trajectoires

La continuité des soins ressort comme une force importante dans plusieurs milieux, soutenue par des outils, des pratiques et des communications efficaces. À l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, la circulation fluide de l'information assure des transitions harmonieuses. À l'Hôpital général de Montréal, les trajectoires sont structurées grâce à MedUrge et à des gabarits standardisés. L'unité 13E, quant à elle, assure une continuité de qualité grâce à une documentation claire et à une planification bienveillante du congé.

À l'Hôpital Lachine, la gestion exemplaire des lits et le rôle des infirmières d'évaluation soutiennent les trajectoires à l'urgence et la documentation du risque au cinquième étage renforce la sécurité. À l'échographie obstétrique de l'Hôpital Royal Victoria, une priorisation rigoureuse permet de respecter les fenêtres de suivi malgré la demande croissante.

À l'Unité de soins intensifs pédiatriques (USIP), la collaboration étroite avec les autres services permet d'anticiper les admissions, d'éviter les annulations chirurgicales et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Dans l'ensemble, ces pratiques démontrent une compréhension solide des enjeux de continuité et une capacité à maintenir des trajectoires cohérentes, même dans des environnements complexes.

Coordination interprogrammes et partenariats

La coordination entre équipes et partenaires est un levier essentiel de performance observé dans plusieurs secteurs :

- Urgences (Hôpital de Montréal pour Enfants, Hôpital général de Montréal, Hôpital Lachine) : collaboration fluide avec les CLSC et les services spécialisés.
- Endoscopie — Hôpital Royal Victoria : corridors formalisés avec MaisonneuveRosemont et Gatineau, permettant une gestion régionale des cas complexes.
- Bloc opératoire — Hôpital Royal Victoria : collaboration étroite avec le CORB et les services de retraitement (URDM) pour optimiser les listes d'attente et les processus.
- Soins intensifs — Hôpital Royal Victoria : travail conjoint avec les conseillers cadres pour adapter les politiques et maintenir l'agilité clinique.
- Soins intensifs pédiatriques — Hôpital de Montréal pour enfants : coordination proactive avec le bloc opératoire, les soins intermédiaires et les soins palliatifs.

Ces collaborations renforcent la fluidité des trajectoires et permettent une meilleure utilisation des ressources à l'échelle du réseau.

Gestion du cheminement des usagers

Les équipes démontrent une vigilance constante quant à l'accessibilité, aux obstacles et à la fluidité :

- Hôpital Lachine — Urgence : orchestration efficace des entrées et sorties malgré des contraintes physiques importantes.
- Hôpital Lachine — Hospitalisation : gestion proactive des séjours prolongés et des enjeux logistiques.
- Clinique fonction pulmonaire — Hôpital de Montréal pour enfants : action significative des listes d'attente et stratégies pour limiter les «noshows».
- Endoscopie — Hôpital Royal Victoria : gestion manuelle des priorités nécessitant une modernisation (registre régional en développement).
- Soins palliatifs — Hôpital Royal Victoria : fluidité interne, mais capacité limitée obligeant une priorisation stricte des cas urgents ou en fin de vie imminente.

Ces constats montrent des équipes engagées à optimiser les parcours malgré des contraintes structurelles ou organisationnelles.

Standardisation des outils et des approches

La standardisation est présente à divers degrés selon les milieux :

- MedUrge et gabarits — Hôpital général de Montréal : soutien clair à la continuité et à la qualité.
- Documentation structurée — Hôpital général de Montréal (13E) et Hôpital Lachine (5e étage) : cohérence et sécurité renforcées.
- Bloc opératoire — Hôpital Royal Victoria : ordonnances préimprimées et formulaires communs, mais défis persistants liés au système hybride papier/électronique et à la numérisation tardive.
- Échographie obstétrique — Hôpital Royal Victoria : processus de priorisation standardisé et efficace.
- Initiative Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) — Hôpital de Montréal pour enfants : normalisation des parcours chirurgicaux et réduction notable des listes d'attente.

La standardisation apparaît comme un facteur clé de performance, mais certains secteurs gagneraient à renforcer l'harmonisation des outils et des pratiques, notamment dans les environnements où la documentation demeure hybride.

L'ensemble des observations met en évidence un réseau où la qualité, la fluidité et la sécurité des trajectoires sont au cœur des pratiques. Malgré des défis réels, comme les contraintes physiques, la gestion manuelle de certaines priorités et la capacité limitée dans certains secteurs, les équipes démontrent une résilience remarquable et une volonté constante d'améliorer l'accès, la continuité et la coordination des soins.

Les forces observées constituent un socle solide pour poursuivre l'harmonisation des pratiques, renforcer la standardisation et soutenir l'évolution des trajectoires au bénéfice des usagers et de la population.

Expérience usager et approche centrée sur la personne

L'analyse des milieux visités révèle une expérience usager globalement très positive, marquée par un haut niveau de satisfaction, une communication claire et une attention constante portée aux besoins des usagers et de leurs proches. Les équipes démontrent un engagement réel envers une approche de soins centrée sur la personne, même dans des environnements parfois contraignants.

Satisfaction et perception de la qualité des soins

Dans la majorité des milieux, les usagers expriment une satisfaction élevée. À l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, ils apprécient l'accueil structuré, la clarté du plan de soins et la coordination rassurante des interventions. À l'Hôpital général de Montréal (urgence et 13E), la prise en charge rapide, la communication efficace et le respect constant sont particulièrement soulignés.

À l'Hôpital Lachine, malgré des environnements parfois étroits ou vieillissants, les usagers mettent en avant l'attention et le respect du personnel. En imagerie et médecine nucléaire (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital général de Montréal, Hôpital Royal Victoria), la satisfaction est forte grâce à la communication et à la gestion efficace des rendezvous.

En endoscopie, bloc opératoire et soins intensifs de l'Hôpital Royal Victoria, les usagers se sentent respectés, en sécurité et bien informés. En soins critiques pédiatriques (USIP), les familles expriment une grande gratitude et sont encouragées à participer aux discussions cliniques. En oncologie (Hôpital de Montréal pour enfants et Hôpital Royal Victoria), les usagers se sentent soutenus et impliqués.

Dans l'ensemble, ces constats reflètent une culture organisationnelle axée sur la qualité, l'écoute et la compassion.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence:

- Présence active d'infirmières en pratique spécialisée (IPS) sur les unités
- Gestion de proximité
- Équipes et travail interdisciplinaire
- Expertise clinique : niveaux de soins tertiaires et quaternaires
- Accessibilité et fluidité des soins et services
- Établissement reconnu dans de nombreux domaines d'expertise
- Ligne téléphonique de support à la suite du congé

Principales pistes d'amélioration:

- Développer des plans opérationnels d'amélioration de la qualité
- Harmoniser le processus de gestion documentaire
- Soutenir les pratiques du terrain par des procédures organisationnelles
- Poursuivre le déploiement et la mise à niveau de certaines POR :
 - Hygiène des mains
 - BCM
 - Transfert de l'information de l'information au point de transition
 - Intégrité de la peau
 - Thromboembolie veineuse

Soins centrés sur les personnes

Plusieurs pratiques illustrent une réelle volonté de placer l'usager au cœur des soins :

- Communication claire et adaptée, permettant une compréhension du plan de soins et une réduction de l'incertitude.
- Implication des familles, notamment en soins intensifs pédiatriques et en hématooncologie.
- Adaptation culturelle et linguistique, comme en soins intensifs chirurgicaux, où l'affectation du personnel tient compte de la langue préférée des usagers.
- Environnements favorisant le mieux-être, tels que la salle de loisirs du cinquième étage à Lachine et les activités thérapeutiques offertes.
- Initiatives innovantes, comme la présence des parents lors de l'induction en chirurgie pédiatrique ou la «ligne de reconnexion» à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Ces pratiques renforcent la confiance, la participation active et le sentiment de sécurité des usagers. Les milieux visités démontrent un engagement réel envers une approche de soins centrée sur la personne, où l'écoute, l'adaptation aux besoins et l'implication des usagers et de leurs proches occupent une place importante. Malgré des environnements parfois contraignants, les équipes font preuve de bienveillance, de créativité et d'une volonté constante d'améliorer l'expérience des usagers.

Dans l'ensemble des secteurs, les soins sont décrits comme respectueux, adaptés et sensibles aux besoins individuels :

À l'Hôpital de Montréal pour enfants (urgence, imagerie, USIP, chirurgie ambulatoire), les équipes adoptent des approches personnalisées, utilisent le jeu pour favoriser la relation avec l'enfant et impliquent activement les familles dans les décisions.

À l'Hôpital général de Montréal (urgence, 13E, médecine interne), la bienveillance est manifeste, particulièrement envers les personnes âgées et les clientèles vulnérables.

À l'Hôpital Lachine, les équipes maintiennent une approche centrée sur la personne malgré des environnements physiques limités, avec une vigilance particulière pour la prévention des chutes.

En imagerie et médecine nucléaire (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital général de Montréal, Hôpital Royal Victoria), les équipes démontrent une grande sensibilité culturelle et adaptent leurs communications, allant jusqu'à préparer des phrases clés dans d'autres langues.

En obstétrique, l'équipe Hôpital Royal Victoria se distingue par une approche inclusive et un soutien empathique lors de situations émotionnellement difficiles.

Ces pratiques témoignent d'une culture profondément ancrée dans le respect, l'écoute et l'adaptation aux réalités des usagers.

L'implication des usagers varie selon les milieux, mais plusieurs initiatives se démarquent :

- En endoscopie, la présence d'un proche est systématiquement intégrée au parcours. Les échanges avant et après la procédure renforcent la participation des familles.
- En soins intensifs chirurgicaux (Hôpital Royal Victoria), le programme du Centre de rétablissement des soins intensifs (CIRC) permet aux usagers de partager leur vécu posthospitalisation, influençant directement les pratiques.
- En soins critiques pédiatriques (USIP), les familles sont consultées dans les projets d'amélioration, comme l'initiative des «portes vitrées».
- En oncologie (Hôpital Royal Victoria), des usagers partenaires sont activement impliqués dans plusieurs comités, contribuant à la gouvernance clinique.
- En hématooncologie pédiatrique, les familles offrent quotidiennement des rétroactions spontanées qui alimentent l'amélioration continue.

Ces exemples illustrent une volonté croissante d'intégrer la voix des usagers dans l'organisation des services et les décisions de gestion.

Plusieurs milieux utilisent des mécanismes formels ou informels pour recueillir la rétroaction :

- Sondages de satisfaction (urgence, imagerie, médecine interne, oncologie).
- Appels téléphoniques postintervention (bloc opératoire, endoscopie).
- Affichage d'indicateurs de performance pour les familles (USIP).
- Commentaires spontanés recueillis auprès des usagers et proches aidants.

Toutefois, certains secteurs n'ont pas encore d'usagers partenaires ou ne sollicitent pas systématiquement la rétroaction, ce qui représente une opportunité d'évolution.

Défis observés

Quelques enjeux persistent :

- Documentation parallèle (notamment à l'Hôpital Lachine cinquième étage) limitant l'intégration interdisciplinaire.
- Absence de stratégies formalisées d'inclusion dans certains secteurs, bien que les pratiques soient présentes.
- Manque de représentants des usagers dans certaines unités (par exemple, en endoscopie).

Aperçu de l'amélioration de la qualité

La majorité des secteurs utilisent des mécanismes de rétroaction :

- Sondages de satisfaction réalisés dans plusieurs services (imagerie, médecine interne, cardiologie, médecine nucléaire, obstétrique, cliniques ambulatoires).
- Commentaires spontanés des familles, notamment en soins intensifs chirurgicaux.
- Codes QR permettant de recueillir la rétroaction en temps réel (Hôpital de Montréal pour enfants — chirurgie ambulatoire).
- Questionnaires remis aux familles en soins critiques pédiatriques.

Toutefois, certains milieux mentionnent ne pas avoir d'usagers partenaires ou ne pas avoir accès aux résultats des sondages, ce qui limite la boucle d'amélioration continue.

Dans l'ensemble des secteurs, on constate une réelle volonté d'intervenir rapidement et d'apporter des améliorations lors de la survenue d'événements indésirables, qu'ils aient ou non des conséquences pour les usagers. La culture de la déclaration est bien implantée, favorisant la transparence et la responsabilisation. L'arrivée de la plateforme de déclaration des événements indésirables, Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), constitue un atout majeur, permettant un suivi en temps réel des déclarations et renforçant la sensibilisation à l'importance de la culture de sécurité.

Cependant, il apparaît que, dans les unités, il n'existe pas de plan d'amélioration continue formalisé, avec des objectifs clairs et des échéanciers précis. Les plans d'action sont principalement ponctuels et réactifs. Il serait pertinent que l'établissement accompagne et soutienne les gestionnaires des différents secteurs dans l'élaboration de plans d'action spécifiques à chaque unité, en définissant des cibles mesurables et des délais de réalisation. La diffusion systématique de ces plans auprès des équipes favoriserait leur appropriation et l'engagement de tous dans une démarche d'amélioration continue.

Les visiteurs ont été à même de constater que les équipes offrent des soins et services de qualité et sécuritaires. Ils ont de nombreux outils cliniques, cependant, la mise en place d'un processus de gestion documentaire plus robuste pour la rédaction et la mise à jour des politiques et procédures organisationnelles permettra de mieux encadrer et soutenir les pratiques.

Enjeux et pistes d'amélioration

Quelques opportunités se dégagent :

- Renforcer la bienveillance dans certaines interactions (Hôpital général de Montréal — Urgence).
- Améliorer le confort matériel (manque de draps et couvertures en endoscopie).
- Rendre plus visibles les droits, responsabilités et procédures de plainte
- Utiliser davantage les outils de communication, comme les tableaux blancs en soins intensifs chirurgicaux.
- Accroître l'implication des usagers partenaires qui manque encore dans plusieurs secteurs.
- Assurer la connaissance et l'utilisation des résultats de sondages (par exemple, la clinique de fonction pulmonaire).

Ces éléments représentent des leviers concrets pour renforcer encore davantage l'expérience vécue par l'usager.

L'expérience de l'usager observée dans l'ensemble des milieux est largement positive et témoigne d'une forte culture de respect, de communication et de concentration sur la personne. Les équipes démontrent un engagement authentique envers la qualité et le mieux-être des usagers, même dans des environnements parfois limités sur le plan physique ou organisationnel.

Les opportunités d'amélioration identifiées — notamment en matière d'implication des usagers partenaires, de confort matériel et de valorisation des données d'expérience — constituent des pistes prometteuses pour consolider une approche encore plus participative, cohérente et centrée sur la personne.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre est agréé à la suite de l'évaluation au premier cycle du programme Qmentum Québec. Ce statut est maintenu jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, suivant le deuxième cycle.

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Allan Memorial Institute	Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Excellence des soins et services
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services d'urgence (usagers inscrits)
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services critiques (usagers admis)
Glen-Montreal Children's Hospital	Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

Installation	Chapitre
Glen-Royal Victoria Hospital	Soins et services critiques (usagers admis)
Glen-RVH - Bloc opératoire + salle de réveil (PACU)	Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)
Glen-RVH - Clinique ambulatoire - Radiologie oncologie	Soins et services en oncologie (usagers inscrits)
Glen-RVH - Échographie obstétrique	Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire
Glen-RVH - Endoscopie	Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)
Glen-RVH - Médecine nucléaire	Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire
Glen-RVH - ODC - Salle de traitement	Soins et services en oncologie (usagers inscrits)
Glen-RVH - Oncologie médicale	Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)
Glen-RVH - Soins palliatifs	Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)
Glen-RVH - Unité gynécologie/généco-oncologie	Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)
Hôpital Lachine	Soins et services d'urgence (usagers inscrits)
Hôpital Lachine	Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)
MGH - Clinique ambulatoire - Néphrologie	Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)
Montreal General Hospital	Soins et services d'urgence (usagers inscrits)
Montreal General Hospital	Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire

Installation	Chapitre
Montreal General Hospital	Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)
Montreal General Hospital	Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)
Montreal Neurological Hospital	Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	1	1	0	2
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	29	8	4	41
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	35	2	1	38
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	11	0	0	11
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	13	4	0	17
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	122	20	10	152
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	265	86	40	391
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	89	45	9	143
Total	565	166	64	795

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Excellence des soins et services	Les gestionnaires de l'établissement sont imputables de démontrer l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement.	0 / 5	0.00%
Excellence des soins et services	Les gestionnaires du programme-services optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.	0 / 5	0.00%
Excellence des soins et services	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe dispose des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le repérage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'usager afin de prévenir le suicide.	3 / 5	60.00%
Excellence des soins et services	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	5 / 5	100.00%
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	2 / 5	40.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	6 / 6	100.00%
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	3 / 3	100.00%
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	0 / 0	S.O.
Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	1 / 5	20.00%
Soins et services critiques (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services critiques (usagers admis)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	1 / 5	20.00%
Soins et services critiques (usagers admis)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	1 / 6	16.67%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services critiques (usagers admis)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	7 / 7	100.00%
Soins et services critiques (usagers admis)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	2 / 6	33.33%
Soins et services critiques (usagers admis)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	5 / 5	100.00%
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	1 / 5	20.00%
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	3 / 6	50.00%
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	7 / 7	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	4 / 6	66.67%
Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	2 / 5	40.00%
Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	2 / 5	40.00%
Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	3 / 3	100.00%
Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	0 / 0	S.O.
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	4 / 5	80.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	4 / 6	66.67%
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	7 / 7	100.00%
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	4 / 6	66.67%
Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	0 / 0	S.O.
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	3 / 5	60.00%
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	3 / 6	50.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	7 / 7	100.00%
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	4 / 6	66.67%
Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	5 / 5	100.00%
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	1 / 5	20.00%
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	0 / 0	S.O.
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	5 / 6	83.33%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	3 / 4	75.00%
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	2 / 2	100.00%
Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	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.	5 / 5	100.00%
Total		122 / 187	65.24%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Excellence des soins et services

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

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

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de cette visite, les visiteurs ont eu l'opportunité de s'entretenir avec l'équipe de direction de l'établissement dans le but de découvrir l'organisation et la conception des soins et des services, ainsi que le soutien envers une culture juste, de mesure et d'amélioration de la qualité.

Le mandat universitaire, jumelé à l'offre de services de soins tertiaires et quaternaires, est intégré à l'organisation des soins et des services. Plusieurs partenariats et affiliations sont présents selon les axes d'intervention administratif, clinique, de recherche et académique.

Le portrait de la population adulte et pédiatrique se caractérise par une grande diversité culturelle, témoignant d'une vaste couverture géographique, tant sur le plan régional que suprarégional. Cette mixité est teintée d'enjeux socio-économiques influençant directement les déterminants de la santé. Dans cette optique, l'établissement n'a pas établi de plan d'action régional de santé publique. Il est donc invité à mettre en œuvre ce dossier dans le but de mieux connaître les enjeux et d'y répondre, le cas échéant.

Les diverses missions cliniques utilisent un mode de cogestion médicale et infirmière.

Le secteur de la recherche est diversifié et soutenu par des instances spécifiques et spécialisées, tel l'institut de recherche.

L'usage de la télésanté est présent selon les orientations et la capacité des disciplines dans le but de réduire les écarts d'accès en temps opportun au service.

Plusieurs projets d'infrastructures sont en cours, poursuivant divers objectifs, tels que le maintien de la pérennité des structures vieillissantes et la réponse à un environnement obsolète en fonction des activités à volumétrie exponentielle, pour n'en citer que quelques-uns.

Le secteur de la qualité et de la performance est en retard dans l'identification d'outils intelligents et de leur intégration dans certains secteurs d'activité.

Les équipes sur le terrain témoignent d'une grande bienveillance et d'une attention particulière pour rendre l'épisode de soins le plus pertinents et le plus fluides possible. Cependant, l'établissement n'a pas établi de Code de conduite mettant en évidence les attentes de gestion envers le comportement des employés et autres collaborateurs et des mécanismes de gestion qui en découlent lors d'écart de conduite.

En ce qui a trait aux pratiques organisationnelles requises, les visiteurs ont constaté que des activités sont en place. Cependant, la structure de gestion qui encadre ces pratiques mérite un rehaussement, notamment par le développement et la mise en œuvre des politiques et procédures organisationnelles, ainsi que l'évaluation de l'efficacité des approches.

En ce qui concerne le sondage sur la satisfaction, les équipes terrain ne sont pas au courant du processus ou des résultats. L'établissement est invité à revoir ce processus incluant le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de gestion des sondages de satisfaction.

Les visiteurs ont également rencontré des représentants du comité des usagers et des usagers partenaires. Le processus de recrutement s'effectue principalement grâce aux personnes qui ont reçu des services dans l'établissement. Depuis la pandémie, les usagers ont le sentiment de ne pas être informés en temps opportun des activités ou des changements mis en œuvre au sein de l'établissement et de ne pas être sollicités pour contribuer à des projets d'amélioration. Ces derniers témoignent que la structure actuelle des usagers partenaires mérite une attention particulière afin de favoriser davantage le réseautage et l'appartenance. L'établissement est invité à amorcer une démarche d'amélioration continue au sein de ce groupe précieux et riche en connaissances.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Excellence des soins et services

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.1	Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la Direction de santé publique et les partenaires au processus d'élaboration du plan d'action régional de santé publique.	Priorité élevée
1.1.2	Les gestionnaires du programme-services utilisent l'information sur les besoins de santé des personnes et des communautés pour élaborer l'offre de soins et services.	Priorité normale
1.1.6	Les gestionnaires du programme-services fixent les buts et objectifs à atteindre, les soins et services à offrir ainsi que les ressources nécessaires.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.8	Les gestionnaires du programme-services optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.	POR
1.1.8.1	Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'il existe une stratégie de cheminement des usagers à l'échelle de l'établissement qui correspond aux besoins des populations qu'il dessert.	
1.1.8.2	Les gestionnaires du programme-services veillent à ce qu'il y ait un plan d'action opérationnel qui s'harmonise avec la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement.	
1.1.8.3	L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers.	
1.1.8.4	Les gestionnaires du programme-services s'assure qu'il existe des mécanismes pour assurer le suivi et ajuster la stratégie de cheminement des usagers.	
1.1.8.5	Les gestionnaires du programme-services rendent régulièrement compte des progrès réalisés par rapport à la stratégie de cheminement des usagers à l'instance de gouvernance, au personnel, aux usagers et aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.	
1.1.19	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe dispose des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le repérage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'utilisateur afin de prévenir le suicide.	POR
1.1.19.1	Les gestionnaires du programme-services s'assure de l'adhésion de l'équipe aux procédures organisationnelles afin de réduire les risques de sécurité et assurer un environnement sécuritaire pour tous.	
1.1.19.2	Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe reçoive une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide.	
1.1.24	Les gestionnaires du programme-services s'assurent du respect de la procédure organisationnelle concernant le consentement aux soins et services.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.27	Les gestionnaires du programme-services fournissent aux équipes des procédures pour maintenir la continuité des soins et services lors de la transition des usagers vers un nouveau modèle de soins.	Priorité normale
1.2.1	Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la direction des ressources humaines de l'établissement pour élaborer des profils de poste qui définissent les compétences requises, les rôles et les responsabilités de la main-d'œuvre.	Priorité normale
1.2.6	Les gestionnaires du programme-services évaluent régulièrement le rendement de chaque membre de la main-d'œuvre de façon objective, interactive et constructive.	Priorité normale
1.2.7	Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'un suivi est apporté à l'évaluation du rendement d'un membre de la main-d'œuvre, dans une perspective d'apprentissage continu.	Priorité normale
1.2.9	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que la main-d'œuvre respecte le code de conduite de l'établissement.	Priorité élevée
1.2.10	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que des mesures correctives sont prises lors d'un comportement inadéquat d'un membre de la main-d'œuvre.	Priorité élevée
1.3.4	Les gestionnaires du programme-services effectuent de façon périodique des exercices de simulation pour valider les plans d'interventions et les procédures d'évacuation des établissements lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.3.9	Les gestionnaires du programme-services élaborent un plan d'amélioration continue de la qualité qui comprend des projets d'amélioration dotés d'objectifs mesurables et d'échéanciers précis.	Priorité élevée
1.3.11	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'information sur les projets d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages qui en découlent sont communiqués aux membres de l'équipe, ainsi qu'aux partenaires concernées.	Priorité normale
1.3.12	Les gestionnaires de l'établissement sont imputables de démontrer l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement.	POR
1.3.12.1	Les gestionnaires de l'établissement définissent un objectif pour l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.	
1.3.12.2	Les gestionnaires de l'établissement investissent dans des ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.	
1.3.12.3	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce qu'un plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains soit élaboré.	
1.3.12.4	Les gestionnaires de l'établissement assurent la vigie des activités d'amélioration de l'hygiène des mains dans le temps en fonction des indicateurs identifiés.	
1.3.12.5	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit éclairé par les leçons apprises des activités d'amélioration de l'hygiène des mains.	

Soins et services d'urgence (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 80,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 19,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de l'évaluation des soins et services d'urgence, les équipes de trois urgences du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ont été rencontrées : l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants, celle de l'Hôpital général de Montréal et celle de l'Hôpital de Lachine. Ces services accueillent une clientèle variée, incluant des enfants, des adultes et des personnes âgées présentant des conditions complexes ou des besoins en traumatologie. Les soins sont assurés par des équipes interdisciplinaires composées notamment d'infirmières, de médecins, d'inhalothérapeutes, de travailleurs sociaux, de personnel de soutien clinique ainsi que de partenaires communautaires selon les besoins.

De manière générale, les urgences visitées se distinguent par une collaboration interdisciplinaire forte et une capacité d'adaptation remarquable dans un contexte de grande affluence, notamment lors des pics viraux. Les équipes réévaluent régulièrement la fluidité, l'organisation des soins et la pertinence des trajectoires, ce qui contribue à offrir des services accessibles, cohérents et en constante amélioration. Les usagers rencontrés se sont dits généralement satisfaits, rapportant une prise en charge attentive et un bon niveau d'information.

Plusieurs outils soutiennent le travail clinique, notamment les formations régulières, les simulations, les gabarits normalisés, comme MedUrge/SIURGE, et les protocoles structurés. L'environnement physique demeure toutefois un enjeu significatif : l'Hôpital de Lachine présente une grande vétusté, et l'Hôpital général de Montréal dispose d'espaces très restreints qui compliquent la prévention et le contrôle des infections et peuvent affecter l'expérience vécue par l'utilisateur. L'Hôpital de Montréal pour enfants se démarque quant à lui par la propreté et l'organisation exemplaire de ses espaces. Les liens avec les ressources communautaires soutiennent également la continuité, notamment pour les personnes âgées ou vulnérables.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, les visiteurs félicitent les équipes pour leur conformité à la double identification et au programme de prévention des chutes.

Les visiteurs encouragent la poursuite des travaux d'amélioration en prévention et contrôle des infections dans les environnements les plus restreints, ainsi que la réduction de la documentation parallèle. Une consolidation de la communication interprofessionnelle et une diminution du travail en silo contribueront encore davantage à optimiser la fluidité et la coordination des soins.

En terminant, il convient de souligner la grande résilience des équipes, qui réussissent à maintenir des soins sécuritaires, bienveillants et centrés sur la personne malgré des contraintes d'espace importantes, particulièrement à l'Hôpital général de Montréal et à Lachine. Les tournées régulières effectuées à Lachine pour améliorer la fluidité et la gestion des lits, ainsi que la qualité exceptionnelle de l'environnement physique à l'Hôpital de Montréal pour enfants, méritent une reconnaissance particulière. Le déménagement prévu à l'Hôpital de Lachine représente une occasion importante d'offrir un environnement mieux adapté aux besoins de la population et aux efforts remarquables déjà déployés par les équipes. L'approche adaptée à la personne âgée est particulièrement bien implantée à l'Hôpital général de Montréal.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Soins et services d'urgence (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.3	L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.	Priorité élevée
2.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
2.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.	Priorité élevée
2.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
2.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.	Priorité élevée
2.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.	Priorité normale
2.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale
2.1.35	L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
2.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
2.1.37	L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.	Priorité élevée
2.1.44	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.	Priorité élevée
2.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.48	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	2.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
	2.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
2.1.49	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	2.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.	
	2.1.49.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	
2.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
	2.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.67	L'équipe documente les cas où l'utilisateur a quitté sans avoir été vu par le médecin ou avoir été pris en charge.	Priorité normale

Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire

Évaluation du chapitre : 85,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 14,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les départements d'imagerie et de médecine nucléaire font partie de la direction périopératoire et imagerie. Ils offrent des services diagnostiques et thérapeutiques. Globalement, plus de 500 000 examens sont réalisés annuellement. Les traceurs de l'imagerie ont été effectués à l'Hôpital général pour enfant, à la clinique de cardiologie non invasive de l'Hôpital général de Montréal et au site Glen-Hôpital Royal-Victoria pour l'échographie obstétricale. En ce qui concerne la médecine nucléaire, les traceurs ont été effectués au site Glen-Hôpital Royal-Victoria. Les départements d'imagerie et de médecine nucléaire comptent plus de 250 technologues et une quinzaine d'infirmières. Ces départements sont soutenus par des radiologistes, des médecins, du personnel de soutien, une équipe de gestionnaires qui s'inscrivent dans une approche de gestion de proximité, des assistants, des coordonnateurs et une spécialiste en activités cliniques. En tant que milieu universitaire, ils accueillent et forment également de nombreux stagiaires et résidents.

D'entrée de jeu, il est important de souligner que tous les membres, des équipes de l'imagerie et de la médecine nucléaire, rencontrés, démontrent beaucoup de respect et de bienveillance envers les usagers qui viennent pour des examens diagnostiques. Un simulateur de résonance magnétique en forme de fusée est par ailleurs utilisé à l'Hôpital général pour enfant afin de les sensibiliser avant le réel examen. Le travail d'équipe est très présent et fait la fierté des employés rencontrés. La collaboration entre les médecins, les radiologistes, les nucléistes et les technologues est excellente et permet d'offrir les meilleurs standards de qualité d'examens diagnostiques aux usagers. Ensemble, ils révisent régulièrement les différents protocoles techniques pour optimiser l'acquisition des images. Les processus de priorisation des examens sont bien en place et respectent la politique d'accès de l'établissement. Il est important de noter que certains services de téléradiologie sont disponibles. Par exemple, l'Hôpital de Montréal pour enfants offre de la télé-échographie à la clientèle du Grand Nord, ce qui permet d'accélérer la prise en charge et évite des déplacements inutiles aux usagers.

Les équipes ont accès à des procédures et des protocoles normalisés ainsi qu'à des formations afin de maintenir leurs compétences à jour. Un manuel de sécurité encadre les pratiques sécuritaires tant pour les usagers que pour les employés. Les mesures à prendre pour assurer la sécurité liée aux champs magnétiques, à la manipulation de substances radioactives ainsi qu'à la manipulation des divers équipements y sont bien documentées. Ce manuel englobe également les procédures de mesures d'urgence. Certains secteurs de l'imagerie ont débuté les simulations et ils sont encouragés à continuer.

Les services d'imagerie et de médecine nucléaire qui ont été visités étaient propres, sécuritaires et les espaces étaient bien dégagés. Le service de cardiologie non invasive de l'Hôpital général de Montréal a par ailleurs été rénové. Une attention particulière devra toutefois être apportée à la médecine nucléaire afin de trouver une façon d'aménager une salle d'attente destinée aux usagers ayant reçu une injection, ainsi que pour revoir l'accès à la salle de toilette réservée.

Les différents services d'imagerie et la médecine nucléaire ont évalué la satisfaction de leurs usagers par l'entremise d'un sondage accessible via un code QR. Les taux de satisfaction exprimés témoignent de leur satisfaction. Ceci reflète les commentaires reçus lors des échanges des visiteurs avec les usagers lors des traceurs. Il a par ailleurs été constaté que les usagers sont informés et impliqués tout au long de l'examen afin de rendre les meilleurs résultats possibles. Les équipes sont encouragées à aller plus loin en invitant des usagers à collaborer dans des projets d'amélioration continue.

De plus, les échanges avec les responsables des différents secteurs visités ont permis de constater que plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité sont suivis et affichés dans les services. Afin de permettre une cohérence autour des priorités identifiées dans chacun des secteurs, il serait important de consigner ces objectifs dans des plans d'amélioration de la qualité. De cette façon, les membres des équipes pourront contribuer à l'atteinte des résultats.

La double identification est faite tant à l'inscription qu'avant le début de l'examen. Il est intéressant de voir que les usagers ont été questionnés sur cette pratique dans le sondage de satisfaction et les résultats démontrent effectivement que cette pratique est conforme. Les équipes d'imagerie et de la médecine nucléaire ont identifié et mis en place des moyens pour prévenir les chutes. De plus, il est à souligner qu'une grande partie des technologues ont récemment suivi la formation sur le déplacement sécuritaire des personnes (PDSP), ce qui est un excellent moyen pour prévenir les chutes et les blessures tant pour les usagers que pour les employés. En ce qui concerne la pratique organisationnelle requise sur la transmission d'information aux points de transition, il a été constaté que les technologues partagent des informations verbalement avec les unités de soins ou le service des urgences lorsqu'il y a des particularités lors d'un examen. Bien que la situation soit documentée dans Radimage, l'information à transmettre n'est pas déterminée et les équipes n'utilisent pas d'outil standardisé pour transmettre l'information. De plus les équipes n'ont pas évalué l'efficacité de leurs communications. Ils sont donc invités à trouver les moyens appropriés pour le contexte de l'imagerie et de la médecine nucléaire afin de rendre cette pratique conforme et plus sécuritaire.

Bien que plusieurs activités de contrôle qualité soient réalisées, dont notamment la calibration des appareils, les analyses de qualité des images, les analyses de rejets, les analyses de cas, ces activités ne sont pas identifiées dans un programme d'assurance qualité qui englobe toutes les activités d'assurance qualité requises. Ce programme pourrait comprendre également des évaluations de la conformité technique. Le programme doit donc notamment identifier l'ensemble des activités requises, leurs fréquences de réalisation et les modalités de suivi. L'établissement est donc invité à se doter d'un tel programme. En terminant, il est à souligner que les équipes d'imagerie et de médecine nucléaire ont réalisé de grands efforts au cours de la dernière année afin de réduire les listes d'attente de façon considérable. Différentes actions ont été déployées afin d'optimiser la réalisation des examens et d'ajouter des plages de rendez-vous afin d'augmenter la capacité. L'utilisation des champs de pratique des technologues, comme en échographie obstétricale et en médecine nucléaire, contribue également à augmenter le nombre d'examens réalisés. Un projet est également en cours de développement à la clinique de cardiologie non invasive afin d'utiliser l'intelligence artificielle pour optimiser l'utilisation des plages de rendez-vous. Ce projet permettra également d'améliorer la pertinence clinique. Un comité d'accès est en place et se réunit mensuellement afin de suivre les indicateurs et de s'assurer que les délais d'accès demeurent dans les cibles fixées.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
3.1.13	L'équipe communique à l'usager les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.	Priorité normale
3.1.16	L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.	Priorité élevée
3.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'usager sur son expérience des soins et services.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
3.1.50.1	L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	
3.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
3.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	
3.1.53	L'équipe s'assure qu'un espace d'attente distinct soit désigné en médecine nucléaire pour permettre la séparation physique d'un usager ayant reçu une injection de substances radioactives qui présente un risque pour les autres usagers.	Priorité élevée
3.1.70	L'équipe respecte la procédure organisationnelle relative au programme d'assurance qualité pour les soins et services d'imagerie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.2.3	Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale

Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 73,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 26,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de l'évaluation des soins et services d'hospitalisation, les unités de médecine interne de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital de Lachine ont été visitées. Ces unités accueillent principalement une clientèle âgée, incluant un nombre important d'usagers présentant des besoins complexes ou des durées de séjour prolongées (niveau de soins alternatifs/NSA). Les soins sont assurés par des équipes interdisciplinaires composées d'infirmières, de médecins, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé, au sein d'unités également engagées dans l'enseignement clinique auprès d'étudiants universitaires.

Les unités visitées se démarquent par un travail d'équipe solide et une collaboration interdisciplinaire bien ancrée. Les équipes font preuve d'une grande disponibilité, d'une attitude respectueuse envers les usagers et leurs proches et d'un engagement réel envers la qualité des soins. Elles se mobilisent activement pour soutenir la fluidité, un enjeu important compte tenu de la complexité de la clientèle et des séjours parfois prolongés. L'accompagnement dans les situations difficiles, incluant les décisions de soins et la fin de vie, est offert avec sensibilité et professionnalisme.

Les pratiques observées démontrent une organisation rigoureuse : la documentation clinique, particulièrement à Lachine, est complète, soignée et systématique. À l'Hôpital général de Montréal comme à Lachine, les équipes s'efforcent de maintenir une prestation de soins cohérente malgré un environnement physique qui comporte certaines limites et qui gagnera à être modernisé. La présence d'équipes d'enseignement (HGM) contribue également à la qualité du suivi, à la diffusion des bonnes pratiques et à la coordination des soins pour une clientèle vulnérable.

Un enjeu persistant demeure la présence de documentation parallèle dans plusieurs disciplines, ce qui entraîne un certain travail en silo et limite l'intégration complète des informations cliniques au bénéfice de la continuité.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, les équipes sont félicitées pour leur conformité à la double identification et à la prévention des chutes.

Les équipes sont encouragées à poursuivre la consolidation de la communication interprofessionnelle et à réduire la documentation en silo afin d'appuyer une meilleure intégration clinique au service du parcours hospitalier.

En conclusion, il importe de souligner l'engagement remarquable des équipes envers leurs usagers, que ce soit par la qualité de l'accompagnement, la présence constante auprès des usagers et des familles, ou les efforts soutenus pour maintenir une bonne fluidité dans des contextes parfois exigeants. La rigueur documentaire, particulièrement observée à Lachine, ainsi que la solide collaboration interdisciplinaire dans les deux unités de ce centre sont des forces notables. Les projets d'amélioration à venir, dont la modernisation des environnements (Lachine), permettront de soutenir pleinement les efforts déployés par les équipes et d'améliorer encore davantage l'expérience des personnes hospitalisées.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
4.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.	Priorité élevée
4.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
4.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.	Priorité élevée
4.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.	Priorité normale
4.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.	Priorité élevée
4.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.35	L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
4.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
4.1.37	L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'usager pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.	Priorité élevée
4.1.44	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.	Priorité élevée
4.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.	Priorité élevée
4.1.48	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
4.1.48.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
4.1.48.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.49	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
4.1.49.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.	
4.1.49.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	
4.1.49.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
4.1.50.1	L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	
4.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
4.1.50.4	L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	
4.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.51	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
4.1.51.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	
4.1.51.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
4.1.51.4	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.	

Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 71,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 28,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de cette tournée, les visiteurs ont rencontré cinq équipes offrant des soins ambulatoires et des soins spécialisés à domicile : la clinique de fonction pulmonaire, le programme national d'assistance ventilatoire à domicile, la clinique de neurochirurgie oncologique, la clinique de protection rénale — rein polykystique — et la clinique de médecine interne. Ces cliniques traitent les maladies chroniques chez l'adulte et chez l'enfant.

Ces cliniques sont composées d'infirmières praticiennes, d'infirmières, d'inhalothérapeutes, d'agents administratifs, de gestionnaires et de médecins spécialistes. L'interdisciplinarité est imbriquée à même les cultures de ces dernières, ce qui est tout à leur honneur. L'accès à des services complémentaires est fluide.

La provenance des usagers est répartie sur l'ensemble du territoire desservi par l'établissement. Des situations de vulnérabilité, qu'il s'agisse de moyens ou de transports, peuvent parfois influencer le plan de soins, ce qui pousse l'équipe chevronnée à adapter la stratégie en conséquence et en collaboration avec l'utilisateur.

Ce milieu participe à des activités de recherche et offre des opportunités de stages tant clinique qu'administratif aux étudiants du premier et deuxième cycle.

Le parcours clinique de l'utilisateur est sécuritaire et soutenu par des outils d'aide à la décision. Cependant, le défi que représente la mise en place d'une structure d'encadrement, avec des politiques et des procédures, mérite une attention organisationnelle afin d'assurer l'adoption des meilleures pratiques et de prévenir les événements indésirables.

L'accès aux diverses formations via la plateforme ENA (Environnement numérique d'apprentissage) est disponible et connu des employés. Lors des discussions, les visiteurs ont constaté que les modalités de maintien des compétences via ce mécanisme étaient sous-optimales. Par exemple, l'employé ou le gestionnaire ne tient pas compte des résultats des modules suivis, ce qui peut affecter la capacité à maintenir les compétences.

Des activités d'amélioration continue sont en cours. Cependant, celles-ci ne sont pas intégrées à un plan d'amélioration continue de la qualité. Cette direction est invitée à revoir ce type de dossier et à formaliser l'approche.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'usager à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
5.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'usager à recevoir des soins et services.	Priorité élevée
5.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
5.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'usager qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.	Priorité élevée
5.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'usager d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.	Priorité normale
5.1.13	L'équipe communique à l'usager les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.	Priorité normale
5.1.16	L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.22	L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.	Priorité élevée
5.1.25	L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.	Priorité normale
5.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale
5.1.35	L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
5.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
5.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un utilisateur.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
5.1.50.1	L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	
5.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
5.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.51	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
5.1.51.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	
5.1.51.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
5.1.51.4	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.	
5.1.51.5	L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
5.2.3	Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale

Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)

Évaluation du chapitre : 84,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au cours de la visite d'agrément, les équipes ont examiné les services offerts à l'Hôpital Royal Victoria — notamment le service d'endoscopie pour adultes, les salles d'opération avec unité de soins post-anesthésiques (PACU) — et aux salles d'opération de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME). L'organisation dans son ensemble réalise plus de 25000 interventions chirurgicales par an. Le service d'endoscopie de l'Hôpital Royal Victoria (HRV) a élargi son champ d'activité aux cas hépatobiliaires et oncologiques et a introduit la dissection endoscopique sous-muqueuse (ESD), ce qui a réduit la pression sur les salles d'opération; un chariot d'endoscopie mobile permet d'effectuer des procédures au chevet des patients dans les unités d'hospitalisation. Les salles d'opération du HRV fournissent des soins chirurgicaux tertiaires et quaternaires aux adultes dans toute la région. Elles comptent 13 salles physiques (financées pour dix, mais généralement équipées de sept à huit) et traitent environ 40 usagers par jour. Le service utilise OPERA pour les rapports peropératoires et les audits mensuels des dossiers. Les salles d'opération du HME fournissent des soins périopératoires pédiatriques dans 13 spécialités, ont mis en œuvre le RAAC et des protocoles qui ont réduit les listes d'attente à moins de 9 mois, et ont introduit des adaptations périopératoires favorables à la neurodiversité, soutenues par la formation du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et des spécialistes de la vie des enfants.

Les impressions générales sont positives : les équipes de tous les sites font preuve d'une forte cohésion, d'un esprit de collégialité et d'une culture de soutien mutuel, avec un enseignement régulier, des simulations et une collaboration interdisciplinaire qui sous-tendent une pratique fondée sur des données probantes. Les innovations et les initiatives en matière de qualité sont remarquables : les parcours RAAC, l'utilisation du Pediatric Early Warning Score (PEWS) en phase de récupération et le parcours des analyses sanguines le jour de l'opération au HME contribuent à améliorer l'efficacité et l'expérience des usagers. Ceux-ci se déclarent très satisfaits dans les entretiens et les sondages réguliers. La double identification est systématiquement utilisée et les appels téléphoniques le lendemain de l'opération permettent d'obtenir un retour d'information en temps utile.

Les environnements physiques sont propres, lumineux et bien entretenus et les services travaillent en étroite collaboration avec les centres chirurgicaux externes (CMS) et les partenaires régionaux (y compris le soutien au Grand Nord) afin d'optimiser la capacité et de se concentrer sur les cas les plus graves.

Les pratiques organisationnelles requises, telles que les deux identifiants des usagers et la liste de contrôle de sécurité chirurgicale, sont correctement mises en œuvre. Les domaines nécessitant un examen et des améliorations comprennent la documentation du transfert d'informations lors des transitions (par exemple, les transferts d'une équipe à l'autre ne font pas l'objet de processus standardisés et documentés), une politique soutenant l'évaluation holistique et le plan de maintien de l'intégrité cutanée chez les adultes, ainsi qu'une plus grande adoption de la formation à la prévention des chutes parmi le personnel de première ligne. D'autres domaines prioritaires comprennent la garantie d'une saisie cohérente du statut de code et des directives anticipées dans les parcours ambulatoires, de chirurgie de jour et d'hospitalisation, ainsi que la standardisation des critères de sortie de l'unité de soins post-anesthésiques et de la notation plutôt que des décisions variables basées sur le jugement chez les adultes. Les lacunes opérationnelles qui méritent une attention particulière comprennent la duplication hybride papier/électronique et les retards de numérisation vers l'application OACIS, les pénuries intermittentes de linge, d'oreillers et de civières qui affectent le confort et l'expérience des usagers et les pressions sur la rétention de la main-d'œuvre qui compromettent la continuité et la capacité.

En conclusion, il convient de féliciter les équipes pour leurs innovations centrées sur l'utilisateur et leur leadership régional. On peut citer notamment le programme ESD, le service d'endoscopie mobile, la salle d'opération hybride et la réduction des listes d'attente grâce à l'analyse des données au HME, ainsi que le parcours de neurodiversité et les aides à la vie des enfants qui améliorent considérablement les soins pédiatriques. L'évolution des tableaux de bord de qualité au niveau des unités, en adéquation avec les priorités stratégiques, aiderait à mobiliser les équipes afin qu'elles se concentrent sur les cycles d'amélioration continue de la qualité et les gains significatifs, comme ceux observés avec les temps d'attente en salle d'opération.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.2	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'utilisateur.	Priorité normale
6.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
6.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
6.1.16	L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.	Priorité élevée
6.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.40	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'usager de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.	Priorité élevée
6.1.44	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.	Priorité élevée
6.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.	Priorité élevée
6.1.47	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
	6.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.	
6.1.48	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	6.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
6.1.50.1	L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	
6.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
6.1.50.4	L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	
6.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	
6.1.74	L'équipe s'assure que l'évaluation pré-intervention inclut des processus pour évaluer les risques de nausées et vomissements post-intervention.	Priorité normale
6.1.86	L'équipe respecte la procédure organisationnelle concernant les médicaments au champ opératoire.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.96	L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si un usager peut recevoir son congé de la salle de réveil.	Priorité élevée

Soins et services critiques (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 76,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 23,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au cours de la visite d'agrément, les équipes ont examiné l'unité de soins intensifs pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria (HRV) et l'unité de soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME). L'unité de soins intensifs du HRV compte 33 lits et est soutenue par des équipes multidisciplinaires — médecins, pharmaciens, infirmières, physiothérapeutes, nutritionnistes, inhalothérapeutes, préposés aux soins, travailleurs sociaux, infirmières de soutien à la famille, infirmières en nutrition parentérale totale, ergothérapeutes et divers services de consultation — totalisant environ 220 employés. L'unité gère un volume élevé de cas cardiaques et des présentations de plus en plus complexes; elle est fière de son programme ECMO (oxygénation extracorporelle par membrane) et de sa participation active à la recherche. L'unité de soins intensifs de l'HME comprend 12 lits principaux et une zone de transition de 8 lits. Elle accueille environ 900 à 1000 usagers par an dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales et emploie 80 à 100 personnes qui couvrent un large éventail de compétences pédiatriques. Les deux unités organisent régulièrement des tournées interdisciplinaires auxquelles participent des éthiciens et des spécialistes des soins palliatifs. Elles effectuent fréquemment des simulations et s'engagent dans des actions de soutien aux familles, telles que des réunions psychosociales à HRV et des tableaux de bord visibles par les familles.

L'impression générale est très positive : les deux unités font preuve d'une culture de soutien, d'équipes soudées et d'un leadership clinique visible qui permettent de maintenir des normes de soins élevées. L'utilisation par l'Hôpital Royal Victoria de vidéos sur le Centre de rétablissement des soins intensifs (CIRC) pour informer les pratiques, les simulations interdisciplinaires fréquentes utilisant une salle de mannequins, et l'intégration de réunions sur le contrôle des infections et de la surveillance de l'hygiène des mains reflètent une culture de sécurité solide. Le programme d'amélioration continue de la qualité de l'Hôpital de Montréal pour enfants se distingue par l'utilisation systématique d'usagers partenaires dans chaque projet, un tableau de bord transparent accessible aux familles et des innovations pratiques, telles que des mises à jour des portes qui améliorent la visibilité de la situation pour le personnel, les usagers et les personnes proches aidantes. Les indicateurs de l'expérience vécue par les usagers sont favorables dans les deux unités malgré l'intensité clinique. Le personnel témoigne d'une forte confiance mutuelle, d'une culture équitable qui favorise l'innovation et de pratiques d'engagement familial significatives qui aident les familles à se sentir informées et soutenues.

Les pratiques organisationnelles requises sont généralement mises en œuvre dans les deux unités de soins intensifs de manière optimale. L'identification des usagers, les processus de réconciliation des médicaments, les évaluations cutanées de routine et les précautions universelles contre les risques de chute sont en place et font l'objet d'une surveillance active. Les lacunes identifiées qui nécessitent des mesures comprennent :

- la documentation inconsistante du transfert de responsabilité (notamment lors des transferts de quart de travail et des transferts vers les unités),
- la fragmentation des dossiers sur plusieurs plateformes (classeurs médicaux et infirmiers, OACIS, V-Sign, OPERA et autres), ce qui entraîne des pertes de temps pour la recherche et des lacunes potentielles dans les informations,
- l'adoption variable de nouveaux outils cliniques (comme l'évaluation du délire à HME).

Les pressions opérationnelles à l'Hôpital Royal Victoria comprennent les transferts fréquents des usagers hors de l'unité pour des procédures diagnostiques, ce qui réduit temporairement le personnel au chevet des usagers et crée des risques pour la continuité des soins. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, les défis consistent notamment à garantir que tout le personnel acquiert la formation requise dans de nombreuses spécialités et à normaliser les critères de dépistage de la thromboprophylaxie chez les usagers en soins pédiatriques. Les rapports de fin de service à HME peuvent être longs en raison de la gravité des cas et les tableaux blancs dans les salles de HRV sont sous-utilisés comme outil pour identifier les contacts de soins primaires pour les personnes proches aidantes.

Pour renforcer la sécurité, la continuité et l'expérience familiale, l'établissement devrait donner la priorité à un ensemble concis de mesures pratiques :

- normaliser et rendre obligatoires les outils de transfert documentés pour toutes les transitions (y compris les transferts vers l'unité, les transferts de fin de quart et les transferts hors unité), avec un audit et un retour d'information pour garantir une utilisation cohérente;
- consolider ou indexer les flux de travail de documentation et les protocoles de numérisation afin que les informations critiques soient accessibles de manière fiable dans toutes les disciplines et tous les systèmes;
- activer les tableaux blancs au chevet des usagers pour afficher l'équipe de soins primaires et les coordonnées des proches aidants;
- mettre en œuvre un plan ciblé pour accroître l'utilisation de l'évaluation du délire et d'autres nouveaux outils cliniques à l'HME;
- élaborer une politique de prophylaxie pédiatrique de la thromboembolie veineuse (TEV) avec des critères de dépistage explicites;
- tester des solutions opérationnelles pour réduire les pénuries de personnel au chevet des usagers pendant les transferts diagnostiques hors unité (par exemple, des ressources de transport dédiées).

En outre, la mise en pratique de scénarios d'évacuation organisationnelle (code vert) pour cette population vulnérable ainsi que la poursuite de l'intégration des récits des usagers du CIRC et des réunions psychosociales avec les familles dans les cycles de qualité permettront de préserver les atouts centrés sur la famille tout en traitant les risques identifiés.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Soins et services critiques (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
7.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
7.1.16	L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.	Priorité élevée
7.1.27	L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.	Priorité élevée
7.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale
7.1.35	L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
7.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
7.1.44	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.	Priorité élevée
7.1.48	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
7.1.48.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
7.1.48.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
7.1.48.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
7.1.48.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.49	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
7.1.49.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.	
7.1.49.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	
7.1.49.3	L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.	
7.1.49.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.	
7.1.49.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
7.1.50.1	L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	
7.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
7.1.50.4	L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	
7.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.	

Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

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

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

Résultats de l'évaluation :

Lors de la Visite du Centre Universitaire de santé McGill, pour la présente évaluation du chapitre 8 (soins et services en oncologie), l'unité d'hématologie-oncologie-transplant du secteur pédiatrique fut visitée ainsi que la salle de traitement en oncologie ambulatoire et la clinique ambulatoire de radio-oncologie du Centre du cancer des Cèdres.

Pour le secteur pédiatrique, une équipe chevronnée et spécialisée offre un service empreint d'humanité, adapté aux besoins propres à cette clientèle. L'utilisateur et la personne proche aidante sont activement impliqués dans leur parcours de soins ainsi que dans l'élaboration du plan de traitement. Une information claire, détaillée et personnalisée est systématiquement transmise à l'utilisateur, afin qu'il puisse faire un choix éclairé parmi les options thérapeutiques, en comprenant bien les effets secondaires potentiels.

L'évaluation du traitement s'appuie sur une concertation pluridisciplinaire réunissant divers spécialistes, ce qui garantit une prise en charge globale, précise et adaptée à la complexité de chaque situation. Le rôle central de la personne pivot est essentiel : cette professionnelle assure la coordination fluide entre les différents services, adapte le soutien selon les besoins spécifiques de l'utilisateur et veille à la continuité et à la personnalisation de l'accompagnement, favorisant ainsi une prise en charge optimale tout au long du parcours de soins.

L'ensemble de l'équipe bénéficie régulièrement de formations continues et de perfectionnements, favorisant l'excellence des pratiques. Des rencontres hebdomadaires permettent de renforcer la cohésion de l'équipe et d'assurer une animation dynamique de la station visuelle en collaboration avec l'équipe de prévention des infections. La prévention du risque de transmission de microorganismes, particulièrement cruciale auprès d'une clientèle vulnérable, demeure au cœur de nombreuses actions déployées.

Dans les secteurs ambulatoires du Centre du cancer des Cèdres, les gestionnaires rencontrés relèvent avec agilité les défis liés à la demande croissante de services en oncologie, provenant de centres qui n'arrivent plus à répondre à leurs besoins. Malgré cela, les listes d'attente demeurent inférieures aux cibles gouvernementales, ce qui témoigne de la capacité d'adaptation et de l'efficacité des équipes.

Concernant la chimiothérapie, l'administration des traitements se déroule dans des salles équipées pour intervenir rapidement en cas d'effets indésirables. L'infirmière consigne systématiquement toutes les observations et les médicaments administrés dans le dossier de l'utilisateur, assurant ainsi une traçabilité et une sécurité optimales.

En radiothérapie, chaque utilisateur participe à une séance de simulation pour identifier avec précision les accessoires de positionnement nécessaires, tels que les moules personnalisés. Un radio-oncologue et un physicien médical sont présents en permanence, garantissant la sécurité et la rigueur des soins. Toutes les données relatives à la radiothérapie sont soigneusement consignées dans le dossier de l'utilisateur, et un comité d'assurance qualité veille à l'amélioration continue des pratiques.

Pour les deux secteurs ambulatoires, il a été constaté que les niveaux de soins ne sont pas facilement repérables pour un accès rapide. Il est recommandé aux gestionnaires de développer un moyen efficace pour rendre cette information essentielle plus accessible, facilitant ainsi la rapidité d'intervention en situation d'urgence.

Dans tous les secteurs, en ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises (POR), il apparaît pertinent de porter une attention particulière à la transmission de l'information lors des transitions de soins, afin d'en optimiser la qualité. La création d'un outil standardisé, permettant d'uniformiser et de documenter la communication au dossier de l'utilisateur, est recommandée.

Pour la prévention des chutes, une évaluation du risque est systématiquement réalisée dès l'admission et maintenue tout au long du parcours de soins, assurant ainsi la sécurité de l'utilisateur à chaque étape.

Concernant l'intégrité de la peau, la procédure existante porte principalement sur les plaies de pression. Il serait pertinent que l'établissement élabore une procédure consacrée à l'intégrité de la peau, en assurer la diffusion et accompagner sa mise en œuvre par une formation ciblée.

La mission universitaire du centre ainsi que la multiplicité des projets de recherche positionnent ce dernier comme une référence de haut niveau. Les technologies de pointe et l'expertise des équipes contribuent à offrir aux usagers les meilleures chances de guérison. Les équipes manifestent une volonté constante d'approfondir l'accompagnement et le soutien offert aux usagers, tant pendant qu'après les traitements, afin de les guider de façon optimale tout au long de leur parcours.

Les usagers rencontrés se sont déclarés très satisfaits des soins et services reçus, soulignant l'humanisme, la bienveillance et le professionnalisme des équipes.

De nombreuses activités et services enrichissent l'expérience des usagers du secteur oncologique, notamment l'art-thérapie, les prestations musicales et la présence d'un intervenant spirituel, qui favorisent le bien-être et soutiennent l'accompagnement global. Par ailleurs, un soutien spécifique est offert aux membres des équipes, particulièrement lors des périodes de deuil liées à la perte d'un usager, afin de les aider à traverser ces moments difficiles et à gérer l'attachement, parfois inévitable, qui se développe au fil du parcours de soins. L'humanisme et la bienveillance qui caractérisent ces approches contribuent à renforcer la qualité de l'environnement de soins et à répondre aux besoins émotionnels, tant des usagers que des professionnels.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.	Priorité élevée
8.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.	Priorité élevée
8.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.	Priorité élevée
8.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.	Priorité normale
8.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.	Priorité élevée
8.1.34	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.	Priorité normale
8.1.35	L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée
8.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.40	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'usager de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.	Priorité élevée
8.1.44	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.	Priorité élevée
8.1.45	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.	Priorité élevée
8.1.48	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
8.1.48.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
8.1.48.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.49	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	8.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.	
	8.1.49.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	
	8.1.49.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.	
8.1.50	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
	8.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
	8.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	
8.1.61	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour la gestion du plan de radiothérapie.	Priorité élevée
8.1.62	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à identifier l'usager ayant des appareils électroniques implantés.	Priorité élevée
8.1.63	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle définissant les renseignements minimaux à inclure dans les demandes de traitement de radiothérapie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.64	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle définissant les renseignements minimaux à inclure dans les prescriptions de radiothérapie.	Priorité élevée
8.1.65	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant une deuxième vérification indépendante des plans de radiothérapie avant le premier traitement et après toute modification des paramètres.	Priorité élevée
8.1.70	Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à protéger l'utilisateur et les membres de l'équipe en cas de défaillance, de mauvais fonctionnement ou de dommages de l'équipement.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée