



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA

## **Rapport de visite**

Programme Qmentum QuébecMC

**Centre universitaire de santé / McGill  
University Health Centre  
Séquence 1**

Rapport publié: 24/12/2024

# Table des matières

<b>À propos d'Agrément Canada</b>	3
<b>À propos du rapport d'agrément</b>	3
<b>Confidentialité</b>	4
<b>Sommaire</b>	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	8
Soins centrés sur les personnes	8
Aperçu de l'amélioration de la qualité	9
<b>Aperçu du programme</b>	10
<b>Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément</b>	11
<b>Résultats selon les dimensions de la qualité</b>	13
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	14
<b>Résultats de l'évaluation divisés par chapitre</b>	16
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	16
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	18
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	21
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	23
Télésanté	25
Programme de prévention et de contrôle des infections	27
Services de retraitement des dispositifs médicaux	31
Gestion du circuit du médicament	36

## À propos d'Agrément Canada

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

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

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

## À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec<sup>MC</sup> 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 10/11/2024 au 15/11/2024.

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

# Confidentialité

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

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

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

# Sommaire

## À propos de l'établissement

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Il couvre la grande région de Montréal et soutient la prestation des soins de santé, de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies partout au Québec en raison de son rôle de chef de file au sein du Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux (RUISSS) McGill. Il accueille dans ses hôpitaux des étudiants de toutes les professions de la santé. Il offre des soins tertiaires et quaternaires pouvant nécessiter une hospitalisation, des chirurgies complexes, des interventions d'urgence ou des traitements spécialisés.

Le CUSM est une communauté de plus de 16 000 personnes, incluant plus de 3 800 employés en soins infirmiers et soins cardio-respiratoires et près de 1 500 médecins ; il offre des soins et services à une population fortement diversifiée du point de vue socio-économique et culturel.

Depuis 1979, le CUSM jouit également d'un statut bilingue spécial sous l'égide de la Charte de la langue française qui protège la continuité des services à la communauté anglophone.

## Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

### Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est au cœur de l'approche du CUSM, où la collaboration avec les partenaires de la communauté et les établissements régionaux constitue une force. Ces partenaires, qu'ils soient situés autour de Montréal ou dans des régions éloignées, reconnaissent la qualité de la communication active du CUSM et le soutien qu'il leur offre dans le cadre des ententes de partenariat. Cette collaboration permet de créer un réseau de soins où l'échange de connaissances et le partage de ressources enrichissent la qualité des services offerts aux patients.

Les travaux d'amélioration continue de la qualité s'appuient sur une composante interdisciplinaire, rassemblant des professionnels de différents domaines qui unissent leurs expertises pour optimiser les soins. Dans les unités de soins cliniques, on observe une collaboration entre le personnel médical, les professionnels des soins et les autres intervenants incluant le personnel de l'hygiène et salubrité. Ce travail d'équipe favorise la complémentarité des compétences et contribue directement au bien-être des usagers. Les équipes se distinguent par leur engagement et leur passion pour le service à la clientèle, un aspect essentiel pour répondre aux besoins des patients de manière personnalisée et humaine. Cependant, il existe peu de standardisation des processus d'intervention interdisciplinaires dans certaines unités de soins, rendant la collaboration souvent spontanée et moins structurée. Bien que cette flexibilité permette aux équipes d'adapter leurs interventions en fonction des besoins immédiats des patients, une organisation plus standardisée pourrait renforcer encore davantage l'efficacité et la fluidité des pratiques interdisciplinaires.

La gestion du circuit du médicament est un excellent exemple de collaboration interdisciplinaire réussie au CUSM. Tous les acteurs impliqués, qu'il s'agisse des pharmaciens, des médecins, des infirmiers ou du personnel de soutien, sont profondément engagés dans leurs rôles respectifs pour assurer un processus sécuritaire et efficace. Cette coordination minutieuse démontre le potentiel de l'interdisciplinarité pour atteindre des objectifs communs de sécurité et de qualité des soins.

En somme, le CUSM bénéficie d'une collaboration interdisciplinaire riche et dynamique, qui s'appuie sur l'engagement de ses équipes et l'ouverture aux partenariats externes. Avec une structuration plus uniforme des processus interdisciplinaires, cette approche pourrait devenir encore plus solide, renforçant ainsi le rôle du CUSM comme leader en matière de soins de santé, de qualité et de collaboration interdisciplinaire.

### Continuité et trajectoires

La continuité des soins et le développement de trajectoires pour les usagers sont des priorités pour le CUSM. Des efforts substantiels ont été consentis pour bien répondre aux besoins des patients, assurant une prise en charge fluide et coordonnée à chaque étape de leur parcours. Ce cheminement structuré des usagers au sein du CUSM, via le processus d'amélioration de la fluidité des clientèles, se distingue par la coordination entre les équipes et les innovations mises en place pour améliorer l'expérience de soins. Les obstacles à la fluidité sont identifiés de manière proactive et adressés en collaboration avec les partenaires.

En ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI, le suivi des trajectoires se fait de manière personnalisée, avec un encadrement en format individuel pour chaque patient. De plus, le CUSM tient des rencontres mensuelles avec les établissements du RUISSS pour discuter des enjeux relatifs aux trajectoires, garantissant ainsi une approche concertée et intégrée dans la gestion des soins et de la PCI. Plusieurs équipes tiennent également des caucus d'échanges chaque semaine pour discuter des résultats PCI extraits du tableau de bord et trouver des pistes d'amélioration. À cet effet l'apport des usagers pour obtenir une adhésion plus grande de leur part à cette pratique serait un atout. Par ailleurs les secteurs des services ambulatoires auront à intégrer ces principes de suivi PCI, notamment avec la mise en place d'audits d'hygiène des mains (HDM).

Les trajectoires de soins sont souvent conçues dans une optique de centre tertiaire d'expertise, permettant aux patients de bénéficier de services spécialisés au CUSM avant d'assurer la continuité de leurs soins dans leur région respective. Cela assure aux usagers un suivi adapté et une prise en charge de qualité, même après leur retour dans leur milieu local.

Le CUSM a également standardisé la gestion du circuit du médicament, un aspect essentiel pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins. Le département de pharmacie a mis en place des trajectoires solides entre les différentes installations, facilitant la centralisation des activités de préparation des médicaments, en particulier au site Glen. Cette organisation centralisée permet de limiter les préparations hors site, ce qui améliore l'efficacité et garantit une gestion rigoureuse et sécuritaire des médicaments.

En somme, le CUSM se distingue par une approche de trajectoire bien définie, centrée sur les usagers. Grâce à une collaboration efficace avec ses partenaires, l'organisation parvient à offrir une continuité de soins et un accompagnement structuré pour chaque usager.

### **Expérience usager**

L'expérience des usagers au CUSM témoigne d'une satisfaction générale significative, tant chez les patients que chez leurs proches aidants. Les résultats des sondages sur l'expérience usager montrent une progression constante, appuyant la culture d'amélioration continue qui est au cœur de l'organisation. Cette démarche vise à adapter les services aux besoins et aux attentes des usagers, assurant ainsi un haut niveau de satisfaction.

Lors des échanges avec les usagers, ceux-ci nous ont exprimé leur sentiment de confiance face aux soins qu'ils reçoivent. Ils ont mentionné que l'équipe est toujours présente pour répondre à leurs questions et ils ressentent une surveillance attentive de leur état de santé. Ils décrivent leurs expériences au CUSM comme positives et se sentent impliqués dans la planification de leurs soins, ce qui contribue à un sentiment de sécurité et d'accompagnement.

Le CUSM accorde également une attention particulière à la communication avec les usagers, notamment en ce qui concerne les traitements et les médicaments. Les patients expriment leur satisfaction quant aux informations reçues sur leurs médicaments et ils se disent rassurés par des réponses claires et détaillées à leurs questions.

L'implication des patients dans leur propre parcours de soins, combinée à un suivi attentif et une écoute active de leurs préoccupations, permet au CUSM de garantir une expérience-patient de qualité. Ces éléments renforcent le lien de confiance entre les usagers et le personnel, contribuant ainsi à une expérience de soins humaine et bienveillante.

### **Soins centrés sur les personnes**

L'approche de soins centrés sur la personne est une force de l'organisation. Nous retrouvons une soixantaine d'usagers partenaires impliqués pour l'ensemble du CUSM.

Le CUSM définit les soins centrés sur l'utilisateur en positionnant la personne au cœur des soins, en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs, de ses préférences, et en la faisant participer activement aux décisions concernant sa santé.

Le comité des usagers du CUSM est en contact et régulièrement consulté avec la haute direction et il se sent partie prenante des solutions mises de l'avant en faveur de l'utilisateur. L'établissement a mis en place des actions afin de faciliter et assurer un accès équitable aux communautés de diversité culturelle.

L'équipe s'est dotée d'un cadre de référence sur les soins centrés sur les personnes et est en élaboration d'une annexe sur les soins centrés sur les personnes autochtones.

### **Implication des usagers et proches dans les décisions de gestion**

L'implication des usagers dans les décisions de gestion est une dimension importante au CUSM, où divers mécanismes sont en place pour recueillir et intégrer leur voix. L'équipe de gestion se base sur les résultats des processus de traitement des plaintes, les initiatives de gestion des risques, et les sondages de satisfaction pour adapter et améliorer les services offerts aux usagers. Cette approche vise à répondre aux préoccupations des patients tout en renforçant une culture de soins centrée sur leurs besoins et attentes.

Le CUSM montre une volonté croissante de développer le concept de « patient partenaire » dans différents secteurs de l'organisation. Les équipes sont encouragées à poursuivre dans cette voie afin d'

intégrer davantage les usagers comme partenaires actifs dans les décisions qui les concernent. Par exemple, un patient partenaire est impliqué dans le comité de suivi de la télésanté, contribuant par ses perspectives d'usager à l'évolution de ce service essentiel.

La responsable du comité des usagers siège également au comité interdisciplinaire, apportant ainsi la voix des usagers dans les discussions. Bien que sa présence soit précieuse, il est difficile de mesurer l'influence directe qu'elle exerce sur les décisions de gestion, ce qui souligne une opportunité de renforcer l'impact de cette contribution dans les délibérations.

Cependant, l'implication des usagers reste limitée dans certaines sphères, comme dans la gestion du circuit du médicament, où leur rôle n'est pas encore bien intégré dans tous les secteurs. Bien que des progrès aient été réalisés surtout en oncologie, il reste encore des étapes à franchir pour inclure davantage les usagers dans les décisions touchant ce domaine.

En somme, l'implication des usagers au CUSM évolue progressivement, et des efforts sont en cours pour élargir leur participation dans divers comités et processus décisionnels. En poursuivant cette démarche, le CUSM pourra renforcer l'apport des usagers, enrichir ses décisions de gestion, et ainsi mieux répondre aux attentes de sa clientèle.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

### **Domaines d'excellence**

- Préoccupation de l'excellence des soins aux patients par l'ensemble du personnel
- Reconnaissance des patients partenaires
- Partenariat avec l'enseignement, la recherche et le développement
- Culture de la mesure bien développée
- Équité, Diversité et Inclusion intégrées dans les pratiques
- Propreté des installations, particulièrement à Lachine

### **Principales pistes d'amélioration**

- Poursuivre les efforts de recrutement et de fidélisation des ressources
- Assurer le déploiement de l'évaluation de la contribution du personnel
- Intensifier les efforts pour le rehaussement et la mise à niveau du parc immobilier (vétusté, espaces, etc.) (Gilman, MGH, MNH)
- Assurer une documentation contemporaine dans l'ensemble des secteurs
- Rehausser de façon significative les services de RDM

## **Soins centrés sur les personnes**

L'approche de soins centrés sur la personne est une force de l'organisation. Nous retrouvons une soixantaine d'usagers partenaires impliqués pour l'ensemble du CUSM.

Le CUSM définit les soins centrés sur l'usager en positionnant la personne au cœur des soins, en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs, de ses préférences, et en la faisant participer activement aux décisions concernant sa santé.

Le comité des usagers du CUSM est en contact et régulièrement consulté avec la haute direction et il se sent partie prenante des solutions mises de l'avant en faveur de l'usager.

L'établissement a mis en place des actions afin de faciliter et assurer un accès équitable aux communautés de diversité culturelle. L'équipe s'est doté d'un cadre de référence sur les soins centrés sur les personnes et est en élaboration d'une annexe sur les soins centrés sur les personnes autochtones.

## **Aperçu de l'amélioration de la qualité**

La culture d'amélioration continue est solidement ancrée dans l'organisation, et elle se manifeste au quotidien dans les pratiques des équipes. Celles-ci bénéficient du soutien de la Direction de l'Innovation, de la Performance et de la Qualité (DIPQ), qui les accompagne dans la mise en œuvre de projets d'amélioration, tout en leur offrant des outils actualisés et adaptés aux besoins spécifiques des différentes initiatives.

Pour renforcer davantage cette démarche, il est recommandé de poursuivre le développement et l'affinement des indicateurs de qualité (dans le "Power BI") afin de mesurer efficacement les progrès réalisés et d'identifier les axes d'amélioration potentiels. De plus, la diffusion des résultats et des initiatives positives mérite d'être intensifiée, non seulement auprès des équipes internes, mais également auprès de la population, afin de valoriser les efforts accomplis et d'inspirer une plus grande transparence et confiance envers l'organisation.

Le dynamisme et l'engagement de l'équipe dédiée à la qualité sont évidents et se reflètent dans les résultats obtenus, qui témoignent d'un réel impact positif sur la performance de l'organisation et la satisfaction des usagers. En continuant à nourrir cette culture d'amélioration continue, l'organisation se positionne comme un modèle de rigueur et de responsabilité dans le domaine de la qualité des soins et des services.

## 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<sup>MD</sup> adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

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

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

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

## Décision d'agrément:

Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre

Le statut d'agrément est :

**Agréé**

Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre est agréé suivant à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

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

# Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

**Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place**

Installation	Chapitre
Glen-Royal Victoria Hospital	Programme de prévention et de contrôle des infections
Glen-Royal Victoria Hospital	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Glen-Royal Victoria Hospital	Gestion du circuit du médicament
Centre de la reproduction CUSM (Place Dupuis)	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de la reproduction CUSM (Place Dupuis)	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre de services ambulatoires Gilman	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de services ambulatoires Gilman	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre de services ambulatoires Gilman	Gestion du circuit du médicament
Glen-Cancer Center	Programme de prévention et de contrôle des infections
Glen-Cancer Center	Gestion du circuit du médicament
Glen-Montreal Chest Institute	Programme de prévention et de contrôle des infections
Glen-Montreal Chest Institute	Gestion du circuit du médicament
Glen-Montreal Children's Hospital	Programme de prévention et de contrôle des infections

<b>Installation</b>	<b>Chapitre</b>
Glen-Montreal Children's Hospital	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Glen-Montreal Children's Hospital	Gestion du circuit du médicament
Pavillon Camille-Lefebvre (CHSLD)	Programme de prévention et de contrôle des infections
Pavillon Camille-Lefebvre (CHSLD)	Gestion du circuit du médicament
Montreal General Hospital	Programme de prévention et de contrôle des infections
Montreal General Hospital	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Montreal General Hospital	Gestion du circuit du médicament
Montreal Neurological Hospital	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Lachine	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Lachine	Gestion du circuit du médicament
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Centre universitaire de santé McGill / McGill University health centre	Télésanté

## Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	29	0	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	15	1	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	0	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	35	4	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	149	27	3	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	179	30	4	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	37	1	0	38
<b>Total</b>	<b>464</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>534</b>

## Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	4 / 5	80.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.33%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	3 / 4	75.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	4 / 5	80.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
<b>Total</b>		62 / 69	89.86%

## Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

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

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

#### Résultats de l'évaluation :

Le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) offre des soins multidisciplinaires spécialisés et ultraspécialisés, centrés sur les besoins des patients adultes et pédiatriques, dans un environnement bilingue, ce qui en fait l'un des centres hospitaliers universitaires les plus complets en Amérique du Nord.

La mission, la vision et les valeurs du CUSM sont communiquées aux équipes, aux usagers, aux résidents, aux familles, aux proches aidants, ainsi qu'à la communauté, par divers moyens. Ce processus a inclus une vaste consultation, notamment par l'organisation de 80 groupes de discussion. La vision de l'organisation exprime une volonté d'avoir un impact à la fois local et mondial, en mettant l'accent sur des pratiques durables et innovantes, ainsi que sur la recherche et l'enseignement. L'objectif est de fournir des soins complexes de classe mondiale, empreints de compassion, tout en contribuant à la santé de la planète.

Les trois assises de sa mission sont la recherche, les soins cliniques et l'enseignement. Les valeurs organisationnelles d'excellence, de compassion, de respect et d'intégrité et de collaboration cultivent, quant à elles, les attitudes et les comportements attendus, tout en balisant le savoir-faire. Cette vision se décline dans les principes directeurs de la planification stratégique de l'organisation, et dans les quatre piliers afin de refléter leur ambition et encadrer leur slogan mobilisateur pour les équipes "Nous sommes le CUSM".

Le plan stratégique « Travaillons à l'unisson » 2022-2027 a été adopté par le conseil d'administration en décembre 2022.

Le CUSM se distingue par la diversité de son équipe, qui reflète une richesse de perspectives et de cultures. Cette diversité inspire des initiatives variées et innovantes, toutes orientées vers le bien-être et la satisfaction des patients qu'il dessert.

Nous avons rencontré une équipe dynamique qui démontre une volonté d'agir en mode écoresponsable. Actuellement, ils ont atteint le niveau 1 sur 3 des attentes du MSSS. La PDG a signé avec le directeur des services techniques un engagement de collaboration avec les entreprises en économie sociale du territoire. Cela a permis, entre autres, des ententes avec une entreprise d'économie sociale Polliflora pour le verdissement à l'aide de fleurs indigènes.

Plusieurs projets de développement durable sont déployés. À titre d'exemple l'équipe profite des projets de construction, comme celui de l'Hôpital de Lachine, pour y introduire des initiatives de développement durable, telles que des toits végétalisés. Ils ont cessé l'utilisation de certains gaz anesthésiants qui avaient un impact sur l'environnement et évaluent la possibilité de récupérer d'autres gaz. De plus, ils se sont inscrits à la gestion de la demande de puissance avec Hydro-Québec afin de réduire leur utilisation d'énergie. Un projet en développement englobera le compostage, soit la gestion des matières organique à l'Hôpital général de Montréal, nous encourageons l'équipe à poursuivre dans cette voie.

Un premier rapport sur le développement durable est en cours de rédaction et sera disponible dans les prochains mois.

Les enjeux éthiques sont clairement identifiés, et de nombreuses activités de sensibilisation et de formation sont organisées pour les équipes. Un comité d'éthique organisationnelle est actif et présidé par la PDGA, il favorise une prise de décision éclairée.

Une deuxième version du code d'éthique est en cours d'élaboration, en collaboration avec huit patients partenaires. Un comité d'éthique, soutenu par des conseillers spécialisés, est actif.

Notamment, ce comité a développé une vignette vidéo présentant la méthode proposée dans le code d'éthique et le cadre éthique, une initiative importante à souligner.

Le CUSM s'est engagé dans l'adoption d'une posture d'écoute bienveillante, afin de bâtir des relations de confiance avec leurs partenaires du Nunavik et des Terres Cries. Cette approche a été privilégiée dans leur démarche de transformation vers la sécurisation culturelle des soins au CUSM. Nous saluons également les travaux de consultation réalisés avec l'organisme Ulivik, qui offre des services adaptés culturellement à la communauté crie nécessitant des soins à Montréal, ainsi que le processus intégré d'éthique de la recherche mis en place avec le Conseil cri.

Le comité d'éthique à la recherche CER a une désignation qui a été reconduite par le MSSS de 2021 à 2026.

Nous encourageons l'équipe à poursuivre les efforts de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de la santé. Nous recommandons aussi de développer des ressources accessibles aux usagers et à leurs proches en éthique de la recherche (par exemple, pour les participants aux études cliniques).

En ce qui concerne la contribution et la collaboration des conseils professionnels, ceux-ci estiment que le soutien nécessaire à la réalisation de leurs activités est à la fois présent et concret et qu'ils sont écoutés par la direction de l'établissement lors du dépôt d'avis. Cette écoute se manifeste par des échanges réguliers et constructifs, permettant aux conseils professionnels de faire valoir leurs propositions et d'influencer les décisions stratégiques. Ils sont également sollicités lors de consultations sur différents projets, ce qui témoigne d'une volonté de la part de la direction d'impliquer activement les professionnels dans le processus décisionnel. Cette collaboration étroite favorise une meilleure compréhension des enjeux et permet de co-construire des solutions adaptées aux besoins de l'établissement.

Soulignons les efforts continus pour optimiser le parcours des usagers au sein de l'établissement de santé. Un responsable (DSP adjoint médical) pilote ce processus, s'appuyant sur les données disponibles dans Power BI pour prendre des décisions éclairées, stimuler les équipes, et évaluer les résultats des initiatives visant à améliorer la fluidité du parcours des patients. Parmi les objectifs prioritaires figure la réduction du temps d'attente à l'urgence, ainsi que le développement d'une culture de gestion en flux tiré.

Nous tenons à souligner les améliorations significatives apportées au secteur de l'appel central, qui permettent un accès facilité au secteur ambulatoire pour les usagers. De plus, la mise en place du centre de commandement de la fluidité, accompagnée de l'engagement de tous les acteurs concernés, a permis d'optimiser la gestion de la fluidité de la clientèle. Des efforts sont à poursuivre afin d'accélérer de façon sécuritaire le processus de congé et d'améliorer l'accès à la première ligne.

Cependant, certains défis persistent, notamment le nombre de patients en niveau de soins alternatifs (NSA) dans l'établissement. Bien que des efforts constants soient déployés en collaboration avec les partenaires pour que ces usagers obtiennent les soins et services adaptés à leur condition, cette situation représente un enjeu. Les listes d'attente de chaque service sont surveillées étroitement, et des mesures sont prises pour lever les obstacles à la prestation des soins et services en temps opportun.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

### **Évaluation du chapitre : 97,2 % des critères sont conformes**

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,8% 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 :**

Nous avons eu l'occasion de rencontrer des directions administratives dynamiques, engagées et collaborant étroitement pour soutenir l'ensemble des équipes cliniques. L'équipe de direction s'efforce, par divers moyens, d'optimiser la performance organisationnelle, en suivant de près les indicateurs clés et les résultats administratifs grâce à Power BI, dans une démarche d'amélioration continue.

Une planification rigoureuse des ressources, associée à une gestion proactive, efficace et efficiente, permet à l'équipe de surmonter les défis rencontrés et de s'adapter aux enjeux. Ainsi, elle peut offrir des services de qualité, sécuritaires et alignés aux besoins de la population qu'elle dessert.

Les dirigeants de ces directions jouent un rôle actif dans l'utilisation optimale et la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Le soutien s'articule autour d'un modèle de « Partenaire RH, Partenaire financier et Partenaire d'affaires », intégrant des expertises stratégiques pour soutenir les gestionnaires des différentes directions et de promouvoir une gestion saine et équilibrée.

En outre, des formations sont régulièrement offertes aux gestionnaires pour renforcer leurs compétences en matière de finances, de ressources humaines, d'éthique organisationnelle, de sécurité, de confidentialité et de gestion des actifs informationnels. Ces initiatives contribuent à développer leur expertise et à soutenir une gouvernance efficace et responsable.

Le déploiement d'initiatives, qui visent à assurer le bien-être et la santé organisationnelle, est bien présent.

Les pratiques de gestion sont en adéquation avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement, tout en s'alignant sur les priorités institutionnelles, les objectifs stratégiques et les orientations ministérielles. La sécurité de l'information, la protection des renseignements personnels, la budgétisation et les suivis financiers, ainsi que la gestion des actifs immobiliers et des équipements font l'objet d'une maîtrise rigoureuse au sein du CUSM. Par ailleurs, les stratégies de recrutement visent à constituer une main-d'œuvre compétente, engagée et représentative de la communauté desservie.

Nous avons eu l'occasion de consulter des dossiers d'employés, nous avons constaté que les informations sont pertinentes et démontrent que les bonnes pratiques sont bien respectées. Nous encourageons cependant l'établissement à s'assurer que les formulaires d'évaluation de fin de période de probation ainsi que les évaluations de la contribution soient systématiquement versés aux dossiers.

Nous comprenons que l'évaluation de la contribution est réalisée à géométrie variable et qu'une nouvelle procédure est en cours de déploiement pour alléger ce processus. Nous invitons les gestionnaires à appliquer cette procédure dans le cadre d'un processus structuré et régulier d'appréciation de la contribution du personnel dans un contexte de mobilisation et de fidélisation des employés. Nous soulignons la campagne « Nous sommes le MUHC ».

De plus, nous avons pu consulter, via le "Power BI", le taux de participation du personnel aux formations obligatoires. Nous encourageons les équipes à veiller à ce que le personnel suive la formation sur le lavage des mains. Selon les données observées (taux actuel de 35 %), il existe un potentiel significatif d'amélioration à cet égard.

Nous tenons à souligner les efforts de sensibilisation de l'équipe responsable de la cybersécurité, qui a développé des activités novatrices, telles que des capsules animées et des jeux éducatifs, pour informer l'ensemble du personnel sur les enjeux de cybersécurité. Nous les invitons à poursuivre leurs actions entre autres afin de baliser les informations aux citoyens qui utilisent la télésanté.

Nous comprenons, à la suite des rencontres du personnel, les défis rencontrés en matière de soutien informatique par les utilisateurs de certains sites (MGH, Gilman, MNH), ainsi que les enjeux liés à l'obsolescence des postes de travail et de l'infrastructure réseau, qui peuvent engendrer une certaine lenteur. Nous encourageons le service informatique à poursuivre activement ses efforts pour améliorer le soutien offert aux utilisateurs et moderniser les équipements et réseaux afin de répondre aux besoins actuels.

Nous encourageons les équipes du GBM des différents sites à harmoniser leurs pratiques, notamment dans le cadre du déploiement imminent d'un nouveau système de gestion des actifs, qui offre une opportunité précieuse de standardiser les processus. De plus, nous les incitons à évaluer l'efficacité de leur programme d'entretien préventif de l'établissement afin de renforcer sa fiabilité et sa performance.

Lors de notre visite des différents sites de l'établissement, nous avons constaté plusieurs enjeux importants liés aux installations physiques. Parmi ces problématiques, nous avons observé des infiltrations d'eau, notamment à la pharmacie de l'Hôpital neurologique et dans d'autres secteurs, des problèmes dans la cuisine de l'Hôpital de Lachine, ainsi que des installations inadéquates dans les toilettes pour la clientèle sur le site Gilman.

Les installations dans les services de retraitement des dispositifs médicaux à l'Hôpital général et à l'Hôpital neurologique nécessitent également des améliorations significatives pour répondre aux exigences opérationnelles et normatives actuelles.

Sur le site Gilman, les défis sont particulièrement marqués, affectant à la fois l'organisation du travail et les opérations de désinfection de bas niveau dans les deux secteurs d'activité concernés. La vétusté du bâtiment engendre des contraintes quotidiennes, avec des installations qui ne peuvent plus répondre aux standards modernes. Parmi les exemples notables, on trouve un ascenseur sujet à des pannes ou à des délais importants, un chauffe-eau défaillant, et des couloirs inadéquats aux normes d'espace de dégagement, compliquant ainsi les déplacements en fauteuil roulant. Ces lacunes posent des défis considérables pour les équipes, particulièrement dans le soutien à une clientèle neurodivergente aux besoins accrus en mobilité et en adaptation.

Il est crucial de poursuivre activement le projet de relocalisation des équipes du site Gilman vers des locaux plus modernes. Une telle transition entraînera des répercussions positives non seulement sur les conditions de travail, mais aussi sur la qualité des services, notamment en matière de désinfection et de retraitement des équipements dans le cadre des soins de dentisterie.

Bien que des projets de réfection et de relocalisation soient planifiés, nous encourageons vivement l'établissement à prioriser et à mettre en œuvre les correctifs nécessaires dès maintenant, afin d'améliorer les conditions actuelles en attendant la concrétisation de ces initiatives majeures.

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

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
3.3.12	Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement l'engagement de la main-d'œuvre et utilisent l'information recueillie dans le but d'améliorer le climat de travail.	Priorité normale

## Leadership – Gestion de la qualité et des risques

### Évaluation du chapitre : 96,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,4% 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 :

La direction de la qualité performance (DQEPE) a changé de nom récemment afin d'y inclure la responsabilité de l'innovation, cela permet de renforcer les initiatives afin de mettre en œuvre des actions ou des projets qui ne relèvent pas du champ d'intervention habituel. Ceux-ci pourront favoriser la création de valeur ajoutée qui n'aurait peut-être pas été possible traditionnellement.

L'établissement s'est doté de nombreuses mesures pour assurer une gestion intégrée des risques qui se retrouvent dans le tableau de bord « Power BI » de l'organisation. Ces outils forts pertinents permettent d'identifier, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques potentiels et réels. Ils se sont dotés d'un cadre formel de gestion intégrée des risques, qui définit l'approche globale de l'établissement en matière de gestion des risques et la manière dont elle sera intégrée à la culture organisationnelle.

Le processus de déclaration des incidents et des accidents est bien connu des équipes, et les rapports sont traités avec diligence et rigueur. Actuellement, ce processus est géré manuellement, mais l'établissement prévoit de déployer prochainement le Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services (SISSS), qui permettra d'informatiser et d'optimiser la gestion des déclarations.

Nous tenons à souligner le travail de l'équipe des « Rapid Response Teams » pour leur engagement dans les missions pédiatriques. Leur partage d'informations avec l'ensemble de l'équipe après chaque événement contribue de manière significative à éviter la répétition de situations similaires. Nous souhaitons également reconnaître l'équipe de simulation qui, à travers des exercices en situations à haut risque pour les missions adultes et pédiatriques, aide à mieux anticiper et gérer les événements sentinelles.

Dans une perspective d'amélioration continue, nous encourageons l'équipe à documenter de manière plus systématique la rétroaction des usagers, des proches aidants, et du personnel au sujet de leur expérience avec la divulgation d'accidents. Recueillir ces impressions pourrait fournir des informations précieuses pour adapter les pratiques, renforcer la transparence et améliorer la qualité de l'accompagnement lors de la divulgation.

Nous avons eu des échanges avec le commissaire aux plaintes afin de mieux comprendre le mode de fonctionnement du traitement des plaintes et des demandes d'assistance. Il nous a été expliqué que chaque site dispose d'une personne désignée spécifiquement pour assurer le suivi des plaintes et répondre aux besoins d'assistance des usagers. Cette structure permet de mieux coordonner le processus et d'assurer une prise en charge efficace et adaptée à chaque situation.

L'équipe responsable gère un volume important de dossiers, et elle parvient, dans la grande majorité des cas, à respecter les délais prescrits pour le traitement des plaintes, témoignant ainsi de son engagement et de son efficacité et de l'excellente collaboration avec les parties prenantes. Cependant, nous avons noté que les dossiers de révision liés aux plaintes médicales accusent des retards significatifs par rapport aux délais recommandés.

Dans le but de garantir un traitement dans les délais prescrits, une telle démarche permettrait non seulement de renforcer la satisfaction des usagers, mais aussi de consolider la confiance. Nous encourageons vivement l'établissement à examiner de près cette situation et à envisager des solutions afin d'améliorer ces délais pour les révisions médicales. Cela pourrait inclure une révision des processus ou l'adoption de nouvelles méthodes de gestion.

Plusieurs projets de développement durable sont déployés, à titre d'exemple l'équipe profite des projets de construction, comme celui de l'Hôpital de Lachine, pour y introduire des initiatives de développement durable, telles que des toits végétalisés. Ils ont cessé l'utilisation de certains gaz anesthésiants qui avaient un impact sur l'environnement et évaluent la possibilité de récupérer d'autres gaz. De plus, ils se sont inscrits à la gestion de la demande de puissance avec Hydro-Québec afin de réduire leur utilisation d'énergie. Un projet en développement englobera le compostage, soit la gestion des matières organiques à l'Hôpital général de Montréal, nous encourageons l'équipe à poursuivre dans cette voie.

Un premier rapport sur le développement durable est en cours de rédaction et sera disponible dans les prochains mois.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.	POR
	4.3.2.6 La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.	
4.4.8	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	POR
	4.4.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'établissement.	

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

## Évaluation du chapitre : 96,8 % des critères sont conformes

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

### Résultats de l'évaluation :

Le centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) a visité qui a démontré une forte proactivité et une agilité organisationnelle grâce à sa structure de gouvernance, permettant de coordonner efficacement les actions et de répondre aux situations d'urgence et de sinistre pouvant survenir au sein de l'établissement ou dans la région.

Le CCMU permet une vision transversale de l'ensemble des services en rassemblant toutes les parties prenantes nécessaires à l'analyse de chaque situation et en assurant la liaison avec les partenaires de la communauté pouvant être impliqués dans les événements.

L'équipe des communications au sein du CCMU a su développer une variété d'outils, permettant de joindre l'ensemble du personnel et des usagers tout au long de l'évolution d'une situation. La variété des moyens de communication, diversifiés et adaptés, dénote un souci de transparence et de rassurance envers le personnel et la clientèle.

La valise de garde, mise en place depuis la dernière visite de l'agrément, est appréciée, car elle facilite la communication et l'accès aux informations essentielles, telles que les différents protocoles d'urgence.

Le plan régional des mesures d'urgence arrive à échéance en 2024, ce qui constituera une opportunité pour le CUSM de bien planifier et coordonner les éléments à améliorer dans son propre plan local de mesures d'urgence couvrant tous ses secteurs d'activité. Parmi les aspects à réviser, on retrouve la mise à jour des plans d'évacuation, le plan de continuité des activités pour optimiser la coordination interne, les exercices de simulation médicale et de mesures d'urgence pour tous les secteurs, la gestion des risques liée aux bâtiments et aux équipements vieillissants, l'implantation d'outils de registres et de suivis des entretiens, la prise en compte des aléas environnementaux dans lesquels évolue l'établissement, ainsi que le rappel de suivis des formations sur les mesures d'urgence pour le personnel.

L'équipe des visiteurs encourage fortement l'établissement à définir un plan d'action concerté et local pour prioriser, suivre et évaluer l'avancement de toutes les actions prévues en amélioration continue des mesures d'urgence.

De plus, bien que les différents protocoles de codes d'urgence soient disponibles sur l'intranet pour l'ensemble du personnel, il serait pertinent de développer des aide-mémoire résumés et plastifiés des différents codes de mesures d'urgence, à rendre disponibles dans chaque équipe de secteur. En cas de panne ou dans des moments où la rapidité d'action est cruciale, cet outil pourrait se révéler précieux pour les gestionnaires et leurs équipes.

Enfin, le coordonnateur des mesures d'urgence et les directeurs du CUSM impliqués au CCMU font preuve de collégialité et de bienveillance, ce qui leur permet de mieux saisir les impacts potentiels sur les activités de chacun et de prendre des décisions éclairées, toujours dans l'intérêt de la sécurité des usagers et du personnel.

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

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
5.5.2	Les gestionnaires de l'établissement effectuent régulièrement des exercices de simulation afin de valider l'efficacité de leur plan d'intervention et de ses procédures prévues lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

## Télésanté

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

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

#### Résultats de l'évaluation :

L'équipe du centre de coordination de la télésanté du CUSM a développé son offre de services à un rythme accéléré depuis la pandémie. Ils ont également intégré au sein de l'équipe, un patient partenaire qui siège avec l'équipe depuis déjà quelques années, contribuant à la planification et à l'avancement des différents projets.

Cette offre de services s'articule autour de cinq priorités clés, incluant la valeur ajoutée des soins virtuels, l'expérience-patient, le développement de compétences pour l'utilisation de cette modalité virtuelle et de la transformation numérique qui a débuté. Elle couvre un éventail de services, allant de la consultation à distance, la télésanté, et le télédepistage, jusqu'à des trajectoires de soins complexes.

Bien que cette offre soit appréciée et reconnue par plusieurs partenaires régionaux et même par des communautés éloignées, notamment dans les territoire du nord, l'équipe constate que, sur le plan local, sa notoriété au sein de l'établissement demeure limitée. Malgré de nombreux efforts pour faire connaître l'offre de services et les outils de télésanté, un sondage interne récent a révélé une méconnaissance persistante de ces informations parmi le personnel. De multiples initiatives de sensibilisation, de documentation sur les bonnes pratiques et de présentation des services ont été déployées, sans le succès escompté. La stratégie de communication interne doit être repensée pour toucher plus efficacement le personnel et élargir les possibilités de cette modalité virtuelle.

Le sondage interne auprès du personnel a également révélé des défis liés à la documentation du consentement et à la mise en place d'un plan de contingence lors des rencontres virtuelles avec la clientèle. Des enjeux d'ordre clérical pour organiser les sessions virtuelles sont également présents.

Par ailleurs, ce même sondage de satisfaction est actuellement lancé en novembre de cette année auprès des patients. La combinaison des deux volets, personnel et patients, offrira assurément de nouvelles perspectives d'amélioration à l'équipe de télésanté du CUSM.

Ainsi, le plan d'action de l'équipe pourra être ajusté grâce à ces éléments relevés du sondage, tout en tenant compte de la fracture numérique encore présente, notamment chez certaines clientèles moins familières avec la technologie, plus âgées ou plus sujettes à la fatigue des déplacements. L'approche hybride, combinant télésanté et rencontres en personne, représente une belle occasion d'accroître l'accessibilité aux soins pour ces personnes.

Il est à noter que les interventions auprès des communautés autochtones du Nord ont favorisé des échanges constructifs avec les équipes cliniques locales et une meilleure compréhension de leur culture. Cette ouverture empreinte de bienveillance a permis d'ajuster l'offre de services afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de ces communautés, renforçant ainsi la pertinence et l'accessibilité des soins.

Enfin, l'alignement avec la transformation numérique constituera également un défi pour les prochaines années. L'équipe de télésanté a déjà accompli un travail considérable et l'équipe des visiteurs est sûre qu'elle saura relever ces défis dans les années à venir.

## **Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté**

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Programme de prévention et de contrôle des infections

### Évaluation du chapitre : 80,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,0% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Le service de prévention et de contrôle des infections (PCI) bénéficie d'une remarquable équipe d'experts dans le domaine. Les surveillances des infections nosocomiales sont effectuées de manière rigoureuse. Le service de prévention et contrôle d'infections offre également une surveillance des infections des sites opératoires complète. La prévention des infections est portée par les équipes soignantes et par l'équipe d'hygiène et salubrité. À cet égard, il y a un suivi rigoureux qui est effectué en regard de la qualité du nettoyage de l'environnement de soins qui implique la collaboration des équipes terrain, des membres de l'équipe de PCI et de l'équipe d'hygiène et salubrité.

Le comité interdisciplinaire, qui siège une fois par mois, est animé par une grande culture de la mesure. L'équipe de PCI assure une présence sur le terrain pour soutenir les efforts des équipes. À cet égard, des outils d'aide à la décision sont disponibles et un soutien est offert lors de la gestion des éclosions. Le lien avec les partenaires du RUISS de McGill est assuré par des rencontres mensuelles et aussi lors de la coordination de cas. Les acteurs de terrain sont mobilisés envers la prévention et le contrôle des infections, notamment par l'entremise du programme CSISS porté par la DSI qui permet aux unités de soins et services de se fixer des objectifs de conformité et de se mobiliser envers l'amélioration des processus sécuritaires en prévention des infections. Des formations portant sur la prévention et le contrôle des infections sont offertes aux équipes et des conférences scientifiques sont aussi diffusées par les microbiologistes infectiologues à la communauté médicale.

L'équipe de prévention et contrôle des infections gagnerait à élaborer un programme spécifique qui encadre les interventions de l'équipe. Les composantes du cadre de référence ministériel sont présentes. Toutefois, la constitution du programme permettrait à l'équipe de potentialiser leurs impacts en explicitant les besoins prioritaires de sa population et les actions pertinentes à déployer. Le programme permettrait également de clarifier les imputabilités au regard des résultats attendus des efforts de prévention et contrôle des infections. Un plan d'amélioration de la qualité du programme pourra ensuite faciliter la priorisation des actions de l'équipe. Une attention particulière doit être portée sur le suivi du contenu des réfrigérateurs d'aliments des unités de soins et services. Il n'y a pas de guide qui encadre la vérification des dates d'expirations des aliments des frigos. Certaines stations de lavage des mains devraient être ajoutées dans certaines unités qui n'en ont pas, et ce, notamment à l'Hôpital de Lachine. Finalement, une attention doit être portée au respect des mesures de précautions additionnelles au sein des unités avec des éclosions de Covid-19.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un programme de prévention et de contrôle des infections est en place.	Priorité élevée
8.2.1	L'équipe de prévention et de contrôle des infections est responsable de mettre en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
	8.2.9.2 Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.	
8.2.11	Le comité interdisciplinaire met à jour le programme de prévention et de contrôle des infections en fonction des modifications apportées aux règlements, des données probantes et des meilleures pratiques applicables.	Priorité élevée
8.2.28	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.	POR
	<p data-bbox="402 464 1182 646">8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul data-bbox="634 646 1182 1052" style="list-style-type: none"> <li>• faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);</li> <li>• mesurer l'utilisation d'un produit;</li> <li>• inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;</li> <li>• évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</li> </ul> <p data-bbox="402 1073 1182 1234">8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.</p> <p data-bbox="402 1255 1182 1381">8.2.30.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.</p>	
8.3.12	Le comité interdisciplinaire dispose d'un plan d'évaluation pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.3.13	Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.14	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.3.15	Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.	Priorité normale
8.3.17	Le comité interdisciplinaire s'assure que les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux personnes proches aidantes.	Priorité normale

## Services de retraitement des dispositifs médicaux

### Évaluation du chapitre : 56,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 43,5% 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 :

Les services des unités de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) du CUSM stérilisent plus de 328 533 caissons et items par année. Chaque caisson contient un grand nombre de dispositifs médicaux. C'est ainsi plusieurs millions de dispositifs qui sont retraités chaque année. Cette activité est au cœur des activités chirurgicales, médicales et endoscopiques du centre. Les équipes des unités de RDM sont mobilisées envers le service qu'ils offrent. Leurs efforts soutenus permettent de maintenir le niveau d'activités attendu. Or, l'état actuel des installations des unités de RDM rend leur travail difficile. L'organisation est invitée à s'attarder à l'amélioration de ces conditions afin de stabiliser ce service important.

Les gestionnaires rencontrés sont engagés à améliorer le service d'unité de RDM. L'augmentation récente du nombre de gestionnaires est remarquée et facilitera la poursuite des efforts. Les préposés au RDM sont accompagnés par des pairs lors de leur début d'emploi. La formation se donne en un pour un et s'échelonne sur plusieurs semaines afin de couvrir toutes les stations. Certaines améliorations ont été effectuées suivant une démarche structurée d'analyse de l'ergonomie de travail qui a impliqué toutes les unités de RDM. Une démarche en relation de travail a aussi permis l'amélioration des relations. La standardisation des processus de décontamination initiale des dispositifs médicaux aux points de service a été remarquée. Cette procédure a été adaptée aux conditions physiques inappropriées des centres. Plusieurs unités n'ont pas de lavabo dans leur unité souillée. Certaines en ont un seul. La procédure prévoit ainsi un prénettoyage sans trempage pour s'adapter à ces conditions sous-optimales. La démarche d'amélioration continue associée aux déclarations d'incidents et d'événements (AH-223), initiée par la conseillère spécialisée, est remarquée. Cette démarche rend visible les enjeux prioritaires et a instauré des démarches d'amélioration qui ont pu régler les problématiques observées. L'amélioration de l'unité de RDM de l'Hôpital de Lachine a aussi été observée.

Les environnements des unités de RDM de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital neurologique de Montréal sont inappropriés. L'organisation est invitée à planifier une mise aux normes de ces installations en regard des murs, des planchers et des éviers. Les appareillages de stérilisation requièrent également un meilleur entretien. Certains sont utilisés sans observer les directives du fabricant, notamment en regard de la validation de l'efficacité de leur fonctionnement. Lors de la visite, 40 % des laveurs étaient défectueux. Les lieux d'entreposage du Glen, de l'Hôpital Général et de l'Hôpital de Neurologie n'ont pas d'indicateurs de mesure des conditions environnementales (température, pression positive, taux d'humidité). Plusieurs enjeux de traçabilité ont aussi été observés lors des visites. Finalement, l'établissement est invité à mettre à jours les procédures opérationnelles normalisées afin d'assurer une standardisation de la qualité.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.3	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des services de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.1.4	Les gestionnaires de l'établissement gèrent l'inventaire des équipements et appareils de retraitement utilisés au service de retraitement des dispositifs médicaux en fonction des besoins.	Priorité normale
9.2.5	Les gestionnaires de l'établissement préparent la main-d'œuvre à exercer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et qui est reconnu dans le milieu de la santé.	Priorité élevée
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.2	Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité normale
9.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipements et appareils de retraitement sont installés, utilisés et entretenus selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.	Priorité normale
9.3.10	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.3.12	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.14	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour assurer la vérification de la qualité de l'équipement de retraitement en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.15	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les activités de stérilisation des dispositifs médicaux selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.16	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.	Priorité élevée
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.19	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour la documentation des activités de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.20	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la qualification de l'installation, la qualification et les requalifications opérationnelles d'un stérilisateur.	Priorité élevée
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée
9.3.22	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	Priorité normale
9.4.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la zone d'entreposage respecte les normes de condition environnementale.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.4.8	L'équipe contrôle l'accès à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux en limitant cet accès aux personnes autorisées.	Priorité élevée
9.4.9	L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.	Priorité élevée
9.4.10	L'équipe s'assure que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est propre et bien entretenue.	Priorité élevée
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la documentation des activités de retraitement de chaque dispositif endoscopique flexible.	Priorité élevée
9.6.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que des objectifs mesurables sont établis pour l'évaluation des services de retraitement des dispositifs médicaux et le plan d'amélioration continue.	Priorité élevée

## Gestion du circuit du médicament

### Évaluation du chapitre : 87,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 13,0% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

L'établissement présente une organisation bien structurée pour la gestion du circuit du médicament, avec une centralisation efficace des préparations pharmaceutiques au niveau du site Glen. Cette centralisation permet d'optimiser l'efficacité et la sécurité des processus de préparation des médicaments. L'équipe interdisciplinaire, incluant pharmaciens, infirmières, médecins et autres professionnels de la santé, s'implique activement dans divers comités de gestion du circuit du médicament. L'équipe clinique dispose de nombreux outils et documents de référence pour soutenir la prise en charge médicamenteuse, garantissant ainsi une gestion optimale et sécurisée des traitements. Les procédures en place sont claires, bien documentées, et largement adoptées par l'ensemble des équipes cliniques. De plus, la couverture en soins pharmaceutiques est bien assurée, grâce à un plan de priorisation des activités cliniques qui maximise l'impact des pharmaciens dans les secteurs de soins, malgré les défis de dotation en personnel.

Il est à noter que l'établissement investit de façon significative dans l'orientation et la formation continue sur les processus liés au circuit du médicament, allant de la prescription à l'administration. Une prochaine étape serait d'optimiser cette formation pour l'équipe médicale afin d'assurer une meilleure compréhension des processus de sécurisation du circuit du médicament selon leur rôle principal de prescripteur. Des audits de contrôle de qualité sont régulièrement effectués, permettant une identification rapide des opportunités d'amélioration. Les patients sont bien informés de leur thérapie médicamenteuse et obtiennent avec satisfaction des réponses à leurs questions. Nous invitons l'établissement à poursuivre les efforts d'inclure les patients activement dans les décisions concernant leur thérapie médicamenteuse, renforçant ainsi l'approche centrée sur l'utilisateur.

Sur le plan des infrastructures, il est crucial de finaliser les travaux de réparation de la pharmacie de l'Hôpital neurologique, en prenant des mesures correctives pour prévenir les infiltrations d'eau répétées qui posent des risques à la fois pour la sécurité des médicaments et pour le personnel. De plus, la pharmacie de l'Hôpital de Lachine présente des défis par rapport à l'espace physique restreint, ce qui limite leur capacité de s'assurer que l'accès aux aires d'entreposage soit mieux contrôlé. Malgré ces défis, les équipes de pharmacie de l'Hôpital neurologique et de l'Hôpital de Lachine sont engagées et déploient des efforts pour maintenir des standards élevés de service.

Le département de pharmacie de l'établissement est hautement automatisé avec de la robotisation dans la préparation des médicaments. Il y a également un plan pour consolider le parc d'équipement pour avoir des cabinets automatisés décentralisés dans toutes les unités nécessaires. Il est à noter que des investissements sont souhaitables pour amorcer l'informatisation clinique du circuit des médicaments oncologiques, ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité, la traçabilité et la sécurité des traitements dans ce secteur critique. Également, un haussement du système d'information de pharmacie aiderait l'établissement à davantage déployer le bilan comparatif des médicaments en automatisant la retranscription de médicaments. Ceci améliorerait la continuité des soins et la prévention des erreurs médicamenteuses lors des transitions de soins.

En somme, la gestion du circuit du médicament de l'établissement est à la hauteur de sa réputation tout en présentant des opportunités d'amélioration pour optimiser davantage les services et les soins offerts.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.2.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent une orientation sur la gestion du circuit du médicament pour tout nouveau membre d'une équipe clinique selon leur rôle.	Priorité élevée
10.3.17	Les usagers et les personnes proches aidantes sont renseignés quant aux risques associés à la modification de la programmation des pompes à perfusion.	Priorité élevée
10.4.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	POR
10.4.3.3	Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	
10.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes une procédure pour la réception des médicaments provenant des pharmacies externes.	Priorité élevée
10.5.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée
10.5.11	L'équipe de pharmacie assure l'entreposage des agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans un endroit ayant les conditions environnementales appropriées conformément aux directives du fabricant.	Priorité élevée
10.6.6	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que des mesures soient prises pour assurer une aire de travail « sans distractions » lorsque les équipes cliniques participent aux activités liées à la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale
10.7.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les aires de préparation des médicaments sont propres, organisées et libres de tout encombrement.	Priorité élevée
10.7.8	L'équipe de pharmacie s'assure que les produits stériles non dangereux sont préparés dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales aseptiques.	Priorité normale
10.7.9	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les salles blanches pour la préparation des médicaments stériles non dangereux satisfont aux cadres de référence techniques de préparations magistrales aseptiques.	Priorité normale
10.7.10	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence techniques de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.7.11	L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée
10.9.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux.	Priorité élevée
10.10.1	Les équipes cliniques informent l'utilisateur à propos des médicaments qu'il recevra avant la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, consignent la discussion et accordent la priorité absolue aux souhaits de l'utilisateur ou des personnes proches aidantes.	Priorité élevée
10.10.2	Les équipes cliniques communiquent aux usagers les informations sur la façon de prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, et cette information fait l'objet d'une discussion avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes.	Priorité élevée
10.11.7	Les gestionnaires de l'établissement offrent aux équipes cliniques de la formation sur la façon d'identifier et de déclarer les réactions indésirables aux médicaments.	Priorité normale