



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## Rapport d'agrément

**Institut de cardiologie de Montréal**  
Montréal, QC

*Dates de la visite d'agrément : 21 au 25 février 2016*

*Date de production du rapport : 21 mars 2016*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services*

*Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par l'ISQua

## Au sujet du rapport

Institut de cardiologie de Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en février 2016. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Présidente-directrice générale

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.0 Sommaire</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 Décision relative au type d'agrément  | 1         |
| 1.2 Au sujet de la visite d'agrément  | 2         |
| 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité  | 4         |
| 1.4 Analyse selon les normes  | 5         |
| 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises  | 7         |
| 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs  | 13        |
| <b>2.0 Résultats détaillés de la visite</b>   | <b>15</b> |
| 2.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires                 | 16        |
| 2.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>  | 16        |
| 2.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>                                   | 17        |
| 2.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>   | 18        |
| 2.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>   | 19        |
| 2.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>   | 20        |
| 2.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>        | 22        |
| 2.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>  | 23        |
| 2.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>   | 25        |
| 2.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>                                 | 27        |
| 2.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>   | 29        |
| 2.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux</i>  | 30        |
| 2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services   | 31        |
| 2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services   | 32        |
| 2.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service</i>                                  | 32        |
| 2.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service</i> | 34        |
| 2.2.3 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service</i>     | 37        |
| 2.2.4 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service</i>                    | 39        |
| 2.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service</i>                                       | 41        |
| 2.2.6 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service</i>                         | 44        |
| 2.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service</i>                     | 46        |
| 2.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service</i>                                     | 50        |
| 2.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service</i>                              | 53        |

|   |    |
|---|----|
| <i>2.2.10 Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service</i> | 56 |
| <i>2.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service</i>                                | 60 |
| <i>2.2.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service</i>                                      | 63 |
| <b>3.0 Résultats des outils d'évaluation</b>  | 65 |
| 3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)  | 65 |
| 3.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires                  | 69 |
| 3.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail  | 71 |
| 3.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur  | 72 |
| <b>Annexe A Programme Qmentum</b>   | 73 |
| <b>Annexe B Processus prioritaires</b>  | 74 |

## Section 1 Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Institut de cardiologie de Montréal a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 21 au 25 février 2016**

- **Emplacement**

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

- 1 Institut de Cardiologie de Montréal

- **Normes**

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

*Normes relatives à l'ensemble de l'organisme*

- 1 Leadership

*Normes sur l'excellence des services*

- 2 Gouvernance - Normes sur l'excellence des services
- 3 Prévention et contrôle des infections - Normes sur l'excellence des services
- 4 Gestion des médicaments - Normes sur l'excellence des services
- 5 Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
- 6 Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
- 7 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
- 8 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
- 9 Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
- 10 Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
- 11 Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
- 12 Services d'urgence - Normes sur l'excellence des services
- 13 Services périopératoires et les interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
- 14 Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
- 15 Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)
- 2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur



## 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

| Dimension de la qualité  | Conforme    | Non Conforme | S.O.      | Total       |
|--|-------------|--------------|-----------|-------------|
|  Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 42          | 4            | 0         | 46          |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)                           | 66          | 0            | 0         | 66          |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.)  | 540         | 12           | 20        | 572         |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)                                  | 107         | 2            | 3         | 112         |
|  Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)            | 314         | 4            | 1         | 319         |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)                          | 53          | 0            | 2         | 55          |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)                      | 900         | 41           | 16        | 957         |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)                            | 57          | 0            | 2         | 59          |
| <b>Total</b>   | <b>2079</b> | <b>63</b>    | <b>44</b> | <b>2186</b> |

## 1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

| Ensemble de normes  | Critères à priorité élevée * |              |      | Autres critères |              |      | Tous les critères (Priorité élevée + autres) |              |      |
|---|------------------------------|--------------|------|-----------------|--------------|------|--|--------------|------|
|   | Conforme                     | Non Conforme | S.O. | Conforme        | Non Conforme | S.O. | Conforme                                     | Non Conforme | S.O. |
|   | Nbre (%)                     | Nbre (%)     | Nbre | Nbre (%)        | Nbre (%)     | Nbre | Nbre (%)                                     | Nbre (%)     | Nbre |
| Leadership  | 47<br>(95,9%)                | 2<br>(4,1%)  | 0    | 95<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 1    | 142<br>(98,6%)                               | 2<br>(1,4%)  | 1    |
| Gouvernance   | 48<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 2    | 35<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 1    | 83<br>(100,0%)                               | 0<br>(0,0%)  | 3    |
| Prévention et contrôle des infections   | 39<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 2    | 31<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 0    | 70<br>(100,0%)                               | 0<br>(0,0%)  | 2    |
| Gestion des médicaments   | 72<br>(98,6%)                | 1<br>(1,4%)  | 5    | 63<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 1    | 135<br>(99,3%)                               | 1<br>(0,7%)  | 6    |
| Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus                            | 86<br>(98,9%)                | 1<br>(1,1%)  | 0    | 116<br>(98,3%)  | 2<br>(1,7%)  | 0    | 202<br>(98,5%)                               | 3<br>(1,5%)  | 0    |
| Les normes sur les analyses de biologie délocalisées                                | 38<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 42<br>(91,3%)   | 4<br>(8,7%)  | 2    | 80<br>(95,2%)                                | 4<br>(4,8%)  | 2    |
| Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables | 49<br>(98,0%)                | 1<br>(2,0%)  | 3    | 60<br>(98,4%)   | 1<br>(1,6%)  | 2    | 109<br>(98,2%)                               | 2<br>(1,8%)  | 5    |
| Services d'urgence  | 68<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 3    | 103<br>(100,0%) | 0<br>(0,0%)  | 4    | 171<br>(100,0%)                              | 0<br>(0,0%)  | 7    |

| Ensemble de normes                                      | Critères à priorité élevée * |                      |           | Autres critères         |                      |           | Tous les critères (Priorité élevée + autres) |                      |           |
|---|------------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|-----------|--|----------------------|-----------|
|   | Conforme                     | Non Conforme         | S.O.      | Conforme                | Non Conforme         | S.O.      | Conforme                                     | Non Conforme         | S.O.      |
|   | Nbre (%)                     | Nbre (%)             | Nbre      | Nbre (%)                | Nbre (%)             | Nbre      | Nbre (%)                                     | Nbre (%)             | Nbre      |
| Services d'imagerie diagnostique                        | 64<br>(98,5%)                | 1<br>(1,5%)          | 2         | 68<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)          | 1         | 132<br>(99,2%)                               | 1<br>(0,8%)          | 3         |
| Services de laboratoires biomédicaux                    | 55<br>(78,6%)                | 15<br>(21,4%)        | 1         | 90<br>(85,7%)           | 15<br>(14,3%)        | 0         | 145<br>(82,9%)                               | 30<br>(17,1%)        | 1         |
| Services de médecine                                    | 44<br>(97,8%)                | 1<br>(2,2%)          | 0         | 77<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)          | 0         | 121<br>(99,2%)                               | 1<br>(0,8%)          | 0         |
| Services de soins intensifs                             | 50<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)          | 0         | 115<br>(100,0%)         | 0<br>(0,0%)          | 0         | 165<br>(100,0%)                              | 0<br>(0,0%)          | 0         |
| Services périopératoires et les interventions invasives | 113<br>(99,1%)               | 1<br>(0,9%)          | 1         | 106<br>(98,1%)          | 2<br>(1,9%)          | 1         | 219<br>(98,6%)                               | 3<br>(1,4%)          | 2         |
| Services transfusionnels                                | 61<br>(88,4%)                | 8<br>(11,6%)         | 6         | 59<br>(89,4%)           | 7<br>(10,6%)         | 3         | 120<br>(88,9%)                               | 15<br>(11,1%)        | 9         |
| Soins ambulatoires                                      | 44<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)          | 2         | 76<br>(98,7%)           | 1<br>(1,3%)          | 1         | 120<br>(99,2%)                               | 1<br>(0,8%)          | 3         |
| <b>Total</b>  | <b>878<br/>(96,6%)</b>       | <b>31<br/>(3,4%)</b> | <b>27</b> | <b>1136<br/>(97,3%)</b> | <b>32<br/>(2,7%)</b> | <b>17</b> | <b>2014<br/>(97,0%)</b>                      | <b>63<br/>(3,0%)</b> | <b>44</b> |

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

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>                              |              |                               |                                |
| Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)                                   | Conforme     | 1 sur 1                       | 1 sur 1                        |
| Divulgence des événements (Leadership)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Gestion des événements (Leadership)   | Conforme     | 6 sur 6                       | 1 sur 1                        |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)                                    | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>                                    |              |                               |                                |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'urgence)          | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)        | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs) | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>  |              |                               |                                |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme     | 8 sur 8                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)                                      | Conforme     | 7 sur 7                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services d'urgence)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services d'imagerie diagnostique)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services de laboratoires biomédicaux)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services de médecine)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services de soins intensifs)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services périopératoires et les interventions invasives)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Services transfusionnels)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Soins ambulatoires)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>   |              |                               |                                |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 3 sur 3                        |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)                             | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et les interventions invasives)                              | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services d'urgence)                                       | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de médecine)                                     | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)                              | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)                                       | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>                       |              |                               |                                |
| Électrolytes concentrés<br>(Gestion des médicaments)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 0 sur 0                        |
| Médicaments de niveau d'alerte élevé<br>(Gestion des médicaments)                                  | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Programme de gérance des antimicrobiens<br>(Gestion des médicaments)                               | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Sécurité liée à l'héparine<br>(Gestion des médicaments)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Sécurité liée aux narcotiques<br>(Gestion des médicaments)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 0 sur 0                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Services d'urgence)                                       | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Services de médecine)                                     | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Services de soins intensifs)                              | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Services périopératoires et les interventions invasives)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion<br>(Soins ambulatoires)                                       | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>                                 |              |                               |                                |
| Cheminement des usagers<br>(Leadership)  | Conforme     | 7 sur 7                       | 1 sur 1                        |
| Plan de sécurité des usagers<br>(Leadership)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 2 sur 2                        |

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>                            |              |                               |                                |
| Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)                                   | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Programme d'entretien préventif (Leadership)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 1 sur 1                        |
| Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership)                             | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>                    |              |                               |                                |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)          | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections) | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)                                      | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>                       |              |                               |                                |
| Prévention des chutes (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)              | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des chutes (Services d'urgence)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)                                      | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des chutes (Services de médecine)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des chutes (Services de soins intensifs)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |



| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>                                  |              |                               |                                |
| Prévention des chutes<br>(Services périopératoires et les interventions invasives)                       | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des chutes<br>(Soins ambulatoires)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Services de médecine)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Services de soins intensifs)                                       | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Services périopératoires et les interventions invasives)           | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention du suicide<br>(Services d'urgence)  | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse<br>(Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse<br>(Services de médecine)                                     | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse<br>(Services de soins intensifs)                              | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse<br>(Services périopératoires et les interventions invasives)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |

## 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

C'est le 1er avril 2015 qu'entraîne en vigueur la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services au Québec. Dès lors, les agences de santé et des services sociaux étaient abolies ainsi que les conseils d'administration existants. Les responsabilités de la gouvernance étant temporairement transférées jusqu'à la nomination des membres des nouveaux conseils d'administration au Président directeur général (PDG) nommé par le ministre.

Pour l'Institut de cardiologie de Montréal, le nouveau statut est inchangé, exception faite de la confirmation de la mission suprarégionale en cardiologie. C'est dans ce contexte que les membres du conseil d'administration ont offert d'apporter à titre consultatif et non administratif leur appui au PDG nouvellement nommé par le ministre. Cette approche consultative, toute à l'honneur des administrateurs sortants a permis de conserver le cap des grands enjeux stratégiques 2010-2015 et de préparer l'avenir.

C'est à l'automne 2015 que le nouveau conseil d'administration est entré en fonction. Les différents comités du conseil ont repris progressivement les activités que leur confie la Loi des soins et des services sociaux.

Les partenaires du réseau que nous avons consultés parlent d'un partenariat bien établi. Un partenariat qui permet d'assurer, au-delà des murs de l'organisation, une réponse adaptée aux besoins identifiés de l'utilisateur, mais également dans le suivi et l'accompagnement que requiert leur état de santé.

Du côté de l'équipe de direction, nous avons rencontré une équipe de gestionnaires dynamique, une équipe engagée à assurer le respect de la mission, de la vision et des valeurs retenues. On note un fort engagement de chacun des gestionnaires dans la mise en place de soins et services de grande qualité. Dans chaque direction, de belles réalisations axées sur la réponse aux besoins de la clientèle répondant ici à la mission première de l'établissement sont en place.

Au cours de la visite, nous avons pu constater que les administrateurs et les dirigeants sont bien informés du profil de la clientèle à desservir. L'organisation des services reflète bien les besoins actuellement identifiés.

En matière de gestion des risques, l'organisme est très rigoureux dans ses analyses rétrospectives et les correctifs à mettre en place. L'établissement est invité à regrouper dans un plan de sécurité organisationnel l'ensemble des activités de gestion du risque actuellement en vigueur dans l'établissement, et ce autant pour le volet clinique que pour le volet administratif.

Plusieurs projets d'optimisation du travail ont été soutenus par la direction au cours des derniers mois. En suivi de ces projets, des impacts positifs sont identifiés tant du côté des soins et des services offerts que de l'organisation du travail. Citons ici le projet d'optimisation déployé au bloc opératoire.

L'implication de l'équipe médicale dans l'offre de service dite multidisciplinaire est à souligner. L'utilisation des nouvelles technologies s'inscrit dans la mission d'un centre de cardiologie de renommée internationale. Les activités du centre de recherche sont interreliées avec les activités de l'établissement. Le tout se répercute également au niveau des activités du département de biologie médicale par l'utilisation d'équipement innovateur (Rotem) et l'ajout d'un secteur de biologie moléculaire offrant des analyses diagnostiques.

Les rapports humains sont chaleureux et empreints de respect envers la clientèle. Le personnel est attentif aux besoins de cette dernière. Notons également une présence de bénévoles engagés qui permet d'assurer des services complémentaires à l'ensemble des soins et des services offerts par l'organisation.

Une offre de services ciblant l'amélioration continue de la qualité des services, un personnel fier, compétent, engagé et polyvalent dont les activités sont centrées sur la réponse aux besoins de santé. On observe une approche multidisciplinaire bien développée et centrée sur le client. Une culture de la qualité et de la sécurité bien ancrée à tous les niveaux.

Les usagers rencontrés sont unanimes en regard de la satisfaction des soins et services reçus. On parle de professionnels à l'écoute des besoins de l'utilisateur. Des professionnels qui savent personnaliser la réponse aux besoins exprimés. La direction demeure à l'écoute des préoccupations exprimées. Les gestionnaires concernés voient rapidement à la mise en application des améliorations souhaitées.

Dans la majorité des secteurs de soins et services, la participation de l'utilisateur dans l'analyse des meilleures pratiques à mettre en place est appréciée. L'organisation est invitée à documenter plus avant l'approche de soins centrée sur l'utilisateur et la famille privilégiée par Agrément Canada.

## Section 2 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

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

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

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
|  | Critère à priorité élevée             |
|  | Pratique organisationnelle requise    |
| <b>PRINCIPAL</b>  | Test principal de conformité aux POR  |
| <b>SECONDAIRE</b>   | Test secondaire de conformité aux POR |

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

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

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

### 2.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

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

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

Les membres du conseil d'administration rencontrés sont des personnes très engagées dans l'organisation et dans la planification de l'offre de service. Des membres soucieux de répondre au rôle d'administrateurs qui leur est dévolu.

Des formations sont offertes aux nouveaux membres. Historiquement, sur une base annuelle, une journée rencontre est tenue afin de prendre connaissance de l'avancement des grands enjeux stratégiques. Lors de ces journées, les membres profitent de l'expertise d'un conférencier externe dans une vision de développement des connaissances.

Les membres disent recevoir toute l'information pertinente à la prise de décision et si des informations supplémentaires leur sont nécessaires, ils les obtiennent promptement.

La mission, l'énoncé de valeurs et la planification stratégique 2010-2015 ont fait l'objet d'échange à tous les niveaux de l'organisation avant leurs adoptions. Les enjeux stratégiques et le plan opérationnel qui en découle font l'objet d'un suivi rigoureux.

Les membres du conseil reçoivent périodiquement l'état de situation au regard de l'entente de gestion et des différents indicateurs tant clinique qu'administratif. Les membres du conseil d'administration reçoivent ainsi énormément d'information qui aurait avantage à être regroupée dans un tableau de bord de suivi de gestion. Avant de travailler au déploiement d'un tableau de bord organisationnel, il sera préférable d'attendre les orientations ministérielles en matière de « pilotage », cependant l'enjeu ici demeure entier.

La planification stratégique 2015-2020 est en voie d'être adoptée en mars 2016 à la suite d'une vaste consultation. La planification stratégique a été élaborée en conciliation avec le plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux en y incluant par écrit la notion de « sécurité et pertinence » des soins.

### 2.1.2 Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

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

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

La mission, la vision et les valeurs retenues sont diffusées à l'échelle de l'organisme. Elles sont véhiculées au quotidien dans l'ensemble de l'organisation par le biais de l'offre de service, et ce tant du côté soins et des services cliniques qu'au niveau des services de soutien et d'accompagnement. On peut dire ici que les valeurs organisationnelles sont vécues bien au-delà des mots.

Un vaste exercice de consultation au regard de l'élaboration de la planification stratégique 2015-2020 a été effectué au cours des derniers mois. Considérant que la planification stratégique de l'établissement devait se fonder au plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'adoption de la planification stratégique de l'ICM a dû être reportée de quelques mois. Son adoption est à l'ordre du jour de la prochaine rencontre du conseil d'administration prévue en mars 2016.

Au regard des soins centrés sur l'utilisateur et la famille, nous avons pu constater que l'organisation des services est fondée sur les commentaires de ces derniers.

Différents systèmes d'information de gestion alimentent le comité de direction. De leur analyse découlent au quotidien des ajustements dans l'organisation de l'offre de service. La direction de l'établissement est très à l'écoute des besoins signalés par la clientèle desservie. Elle est également très proactive à y donner suite.

L'implication de l'équipe médicale dans l'organisation et l'administration des soins et des services est à souligner. Une équipe médicale engagée dans le développement des meilleures pratiques qui sauront répondre aux besoins de la clientèle à desservir. Une équipe médicale fière des services offerts dans l'ensemble de l'organisation.

Bien que peu documentée, la culture de sécurité est omniprésente dans tous les secteurs de l'organisation. L'organisme est invité à documenter l'ensemble des activités de gestion du risque, tant pour la gestion du risque clinique que pour la gestion du risque administratif, dans un plan global de sécurité. À noter que l'on retrouve dans la planification stratégique 2015-2020, un axe visant la sécurité et la pertinence des soins et des services offerts. Dans ce contexte, l'organisme est invité à aller au-delà des cibles ministérielles et à cibler d'autres indicateurs de suivi de gestion à inclure dans son tableau de bord de suivi périodique.

### 2.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

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

Un cycle annuel de gestion des ressources financières est adopté et respecté par l'organisation. Lors du processus de planification, chaque gestionnaire participe activement à l'identification des besoins pour l'année à venir. Les ajustements requis sont d'abord revus en comité de direction avant d'être déposés au conseil d'administration pour adoption.

Les discussions d'optimisation et d'efficacité font l'objet d'une analyse rigoureuse afin de bien identifier les impacts sur les services et sur la clientèle.

Les membres du conseil d'administration avec son comité des ressources financières, matérielles et informationnelles disent recevoir périodiquement toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée.

Lorsqu'un ou des ajustements sont requis, les décisions prises en matière de réallocation de ressources le sont dans le respect de la mission et des valeurs organisationnelles.

Les gestionnaires de l'organisme reçoivent un soutien périodique et personnalisé de la direction financière au niveau du suivi budgétaire. Ces derniers sont accompagnés tout au long du cycle budgétaire.

Au niveau des immobilisations, un plan de maintien des actifs est en cours. Le suivi des différents projets est effectué avec un tableau de bord de gestion interactif, et ce tant du côté des projets pour le GBM, pour le soutien technique que pour les projets de construction.

### 2.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Le plan de développement des ressources humaines est bien implanté au sein de l'organisme. Le processus de dotation est rigoureux. Un algorithme de suivi du processus d'embauche est établi et respecté. Un programme d'accueil et d'orientation facilite l'intégration du nouveau personnel.

Le processus visant l'appréciation au rendement a été revu et mis à jour au printemps 2015. Un nouveau formulaire a été développé par titre d'emploi prenant en compte les profils de compétences attendus. Depuis sa mise en place, 25% du personnel a bénéficié de cette nouvelle approche d'appréciation à la contribution privilégiée par l'organisation. L'organisme est invité à ajouter la notion de sécurité de l'utilisateur au profil des compétences du formulaire d'appréciation.

Des activités de formation sont offertes à l'ensemble des intervenants œuvrant dans l'établissement. Ces formations visent autant le développement des compétences que la sécurité des usagers et du personnel.

Les stratégies mises en place pour soutenir les membres de l'équipe dans la prise en charge de leur santé sont à souligner. Beaucoup d'activités de promotion de la santé ont cours au sein de l'organisme. L'accessibilité au centre des maladies préventives et d'activité physique (EPIC) est, entre autres, facilitée par une réduction significative des coûts d'inscription.

Au cours des dernières années, différentes activités de formation et de coaching ont été offertes au personnel d'encadrement comme le groupe de codéveloppement, la boîte à outils, la gestion du stress pour ne nommer que ceux-là.

L'organisme favorise l'équilibre du travail-vie privée par différentes initiatives comme le télétravail ou la réduction du temps de travail.

Il existe un programme d'aide aux employés (PAE). Un rapport annuel d'activités est remis au service de santé relevant de la direction des ressources humaines par les représentants de la firme externe. Le rapport n'est pas diffusé à l'interne. L'organisme est invité à regarder la possibilité de diffuser ledit rapport, et ce, minimalement, au comité de direction et au comité des ressources humaines du conseil d'administration.

Le classement et l'archivage des dossiers du personnel correspondent aux normes établies. Cependant, l'organisme est invité à documenter par écrit l'engagement à la confidentialité pour l'ensemble des bénévoles œuvrant dans les différents services.



### 2.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Leadership</b>  |                            |
| 16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre. | !                          |

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

L'organisme a exprimé que la culture sur la sécurité du patient est une priorité élevée. Une culture de sécurité des usagers est en processus de développement. Les problèmes reliés à la sécurité sont analysés et rectifiés.

Il est à noter que le plan stratégique 2010-2015 ne fait pas mention de la sécurité des usagers sous forme de priorité. L'organisme est à planifier son plan stratégique 2015-2020 et devra adopter un axe du ministère intitulé : Sécurité et pertinence aux soins.

Il est à noter qu'un cadre conceptuel de gestion de la qualité est réalisé et guide le plan d'amélioration intégré de la gestion de la qualité et des risques reliés à la sécurité des patients. L'organisme dispose de plusieurs comités d'évaluation de la qualité et de gestion de risque. Il y a grande collaboration et échange d'information avec les comités du CMDP. Tous ont une préoccupation sur la qualité et la gestion de risque. À souligner que plusieurs projets collaboratifs d'amélioration de la qualité ont été réalisés. L'organisme est invité à mettre en oeuvre ses activités d'amélioration de la qualité des services dans un plan structuré d'amélioration de la qualité comprenant des objectifs, des actions, des indicateurs de processus et de résultats et un échéancier.

Les membres du Conseil Administratif ont souligné qu'ils reçoivent des rapports sur les priorités associées à l'amélioration de la qualité. À chaque réunion, la présidente du comité de vigilance communique les incidents sentinelles survenus de même que les améliorations apportées.

Le conseil administratif a mentionné utiliser des indicateurs de gestion, financiers, sur les taux d'infections, des statistiques sur le temps d'attente en plus des indicateurs provinciaux. L'organisme est encouragé à formaliser avec tous les secteurs de services et comités d'amélioration des services un processus pour sélectionner, surveiller, et documenter ses processus et les indicateurs de processus et de résultats.

L'organisme est encouragé à continuer d'offrir du soutien aux prestataires de soins et à les sensibiliser à une gestion des risques protégés évitant une culture de blâme afin de les encourager à déclarer les événements indésirables. L'organisme a le défi d'évaluer de façon continue ses mécanismes de gestion des risques et des événements. Les rapports annuels pour les années 2013-2015 démontrent les inquiétudes et réalisations du comité de gestion des risques.

Un comité des usagers est engagé dans les discussions d'amélioration de la qualité. Les besoins en matière de qualité et de sécurité des usagers sont discutés et des plans d'améliorations sont mis en oeuvre. En

partenariat avec les usagers, l'organisme se préoccupe de développer sa culture sur la qualité en lien avec la sécurité.

L'organisme est encouragé à développer un plan global de sécurité et y inclure toutes les activités reliées à la sécurité des patients qui sont en cours dans plusieurs services. Il a été discuté durant la visite que les activités de sécurité par exemple la prévention des chutes en lien avec le plan de gestion des événements et le cadre conceptuel d'amélioration de la qualité. Lors des entrevues, l'organisme a mentionné plusieurs projets d'amélioration liés à la sécurité notamment sur la prévention des chutes, l'implantation de nouvelles pompes à infusion, la formation sur le lavage des mains et le bilan comparatif des médicaments.

### 2.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

Au regard de la gestion des dilemmes éthiques, le processus d'analyse et de discussion s'effectue dans le respect de la mission, de la vision et des valeurs organisationnelles.

Un cadre conceptuel en matière d'éthique est en vigueur. L'institut de cardiologie de Montréal, s'est doté de trois codes de conduite notamment le code d'éthique et de déontologie des administrateurs, le code d'éthique à l'égard du patient et le code de responsabilité. Le cadre conceptuel et les codes de conduite viennent guider la prise de décision éthique au quotidien tant dans la gestion de l'organisation que dans le cadre des activités de soins.

Le comité d'éthique clinique est très actif et proactif. Lorsqu'un dilemme éthique est identifié, des membres du comité se rendent rapidement disponibles pour discuter avec les professionnels ou les familles impliqués. Cette disponibilité s'inscrit même lors des longs congés comme Noël, Pâques, etc. Le comité d'éthique clinique se réunit mensuellement. Lors de ces rencontres, tous les dilemmes éthiques qui ont fait l'objet d'analyse et de recommandations sont présentés. Les membres profitent également de ces rencontres pour assurer leur mise à niveau en matière d'éthique.

Des activités de promotion et de formation sont offertes au personnel de l'organisme entre autres par des cafés-éthiques. Une centaine de personnes y assiste régulièrement. Le comité d'éthique clinique et les règles de consultation sont connus des intervenants rencontrés.

Au regard de l'aide médicale à mourir, le comité a défini les différentes étapes visant à accompagner l'usager, sa famille et les professionnels impliqués dans la démarche. Le processus établi est respectueux et va au-delà de l'acceptation ou de la non-acceptation d'accéder à la demande du client. À chaque étape de la démarche, des activités de rétroaction sont prévues afin de répondre rapidement à d'éventuels dilemmes éthiques.

Du côté de la recherche, un comité d'éthique à la recherche est également en place. Toutes les recherches initiées par l'organisme sont analysées par le comité selon les lois et règlements en vigueur. Le cheminement d'une demande d'un projet de recherche est clairement établi et respecté.

Au regard du consentement d'un usager à participer à un projet de recherche, le processus établi est clair et respecté de tous.

Dans un souci d'amélioration de la qualité, les deux comités procèdent sur une base régulière, à une évaluation de leur fonctionnement.

### 2.1.7 Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

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

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

Le secteur de communication est proactif et est composé d'un petit groupe de personnes dynamique qui a à cœur la diffusion de l'information au sein de l'organisme. L'offre de service est faite, mais celle-ci mérite d'être transformée en plan de communication. L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux pour élaborer ce plan de communication et à le faire approuver par les différentes instances. Différents moyens sont mis en place pour transmettre l'information aux utilisateurs. Notons particulièrement l'arrivée de « ICM Express » qui a été suggéré par un groupe de discussion, des sessions publiques à l'intention du personnel, des tableaux d'affichage autant pour le patient que pour le personnel, la télévision, etc. L'organisme a reçu un prix de l'AQESS pour la qualité de son site WEB en 2014.

Bien que l'organisme possède des répertoires communs par direction ou par secteur, il n'a pas de site Intranet. Le tout reste à développer, mais l'équipe a une volonté de le développer en 2016. L'équipe est encouragée à faire l'acquisition d'un système informatique afin de créer un Intranet efficace qui répondra aux besoins des intervenants de l'ICM qui facilitera la communication de l'information et des politiques et des procédures.

Des rencontres hebdomadaires ont lieu entre le service de communication et la Fondation afin d'arrimer les messages dans un esprit de partenariat, de coordination et d'uniformisation de l'information à diffuser. Les réseaux sociaux sont utilisés. Un site Facebook est en place pour donner de l'information et les bons coups de l'ICM à la population en général.

Dans certains secteurs, des ateliers de communication ont été faits pour aider les gestionnaires et le personnel à se doter d'habiletés pour aider à résoudre les problèmes de communication. L'équipe est fière de ses réalisations, mais elle est consciente des défis à relever tels que le besoin de rejoindre l'ensemble des intervenants.

Depuis la dernière visite, OACIS a été déployé dans l'établissement et interfacé avec les principaux domaines comme la pharmacie, la radiologie et les laboratoires. Le dossier numérisé antérieur fait maintenant partie du quotidien. L'accès à ce système est géré par les règles ministérielles et chaque utilisateur possède un code d'accès. De plus, chaque utilisateur doit signer un engagement de confidentialité. Dans les prochaines semaines, l'équipe médicale pourra accéder à OACIS à l'aide de tablettes électroniques personnelles. L'équipe est encouragée à s'assurer du respect de la confidentialité.

L'utilisateur peut accéder à son dossier selon la politique élaborée par l'intermédiaire des archives qui respecte l'aspect légal. Il existe une belle collaboration entre le volet clinique et l'informatique. La gestion des actifs informationnels respecte les normes. Un comité interdisciplinaire est en place pour assurer le suivi de ces normes.

L'équipe devra intégrer, dans les prochains mois et années, le portail « CristalNet » à la suite des décisions ministérielles. Ce sera un défi de taille, mais l'équipe est prête à faire cette transition en douceur afin de répondre aux besoins des utilisateurs.

Des dossiers parallèles existent incluant des documents originaux au centre de prélèvements pour le suivi de l'anticoagulothérapie. De plus, ce sont les technologistes qui informent les usagers des nouvelles prescriptions à la suite des recommandations médicales. L'équipe est invitée à revoir ce processus de travail et à rendre disponibles les dernières recommandations au dossier actif du patient afin d'assurer la continuité des soins.

Le service des archives guide les intervenants avec sa politique de confidentialité. De plus, les utilisateurs ont accès à l'internet, selon des droits, pour obtenir les données probantes.

### 2.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

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

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

Les installations sont d'une propreté remarquable à tous les niveaux de l'établissement et accessibles pour les personnes à mobilité réduite. Le personnel de l'hygiène et de la salubrité fait un travail digne de mention. Depuis quelques années, le nettoyage des zones grises est fait par ce secteur. Des guides ont été élaborés en collaboration avec la prévention des infections. Ceux-ci ont été révisés en 2015 pour soutenir le personnel en cas de besoin. Ces documents sont très visuels. Un programme d'orientation est en place lors de l'arrivée des nouvelles personnes. Un suivi serré est fait tout au long de la période d'essai et de probation.

Des rencontres de gestion ont lieu dans les différents secteurs et un suivi est fait avec les équipes de travail. Une approche participative est en place. La priorisation des projets est faite par l'équipe de direction en lien avec la planification stratégique, et ce à la suite à l'analyse des différentes demandes des secteurs ou départements.

Lors des projets, le personnel concerné ainsi que la prévention des infections sont consultés sur leurs besoins quant à l'aménagement et à la disposition des locaux. Les travaux de construction ou de rénovations sont suivis à la loupe en partenariat avec la prévention des infections afin que les compagnies de construction respectent les normes. Des séances de formation sont diffusées à l'intention des travailleurs de la construction sur les principes à respecter. Un plan de travail est fait selon le secteur par les différents acteurs impliqués, dont l'équipe médicale. Une politique et procédure est élaborée. Les différentes responsabilités des intervenants sont énoncées.

Les unités de soins sont sécuritaires. Les fenêtres sont barrées. Les corridors sont encombrés, mais on maximise la disposition du matériel du même côté du corridor. Des chambres à pression négative sont également disponibles sur certaines unités de soins et à l'urgence. Il faut noter la présence de chambres individuelles. Les salles de bain sont munies de bras d'appui pour favoriser les mouvements sécuritaires de la clientèle. Des produits pour le lavage des mains sont disponibles dans tous les secteurs.

Un programme de vérification des extincteurs est en place. Certains appareils sont entretenus par les compagnies. Le tout est consigné dans une application informatique. Cette application permet de faire un suivi des demandes curatives et préventives. Des feuilles de route émanent de cette application qui permet l'assignation du personnel. Une traçabilité du suivi des demandes est alors possible autant pour le référent que pour le secteur des services techniques.


La signalisation interne est présente. Les bénévoles sont disponibles à l'entrée le jour pour diriger les usagers. Cependant, la signalisation pourrait être améliorée particulièrement pour les secteurs ambulatoires afin de guider les usagers. L'organisme est invité à revoir la signalisation dans son ensemble.

Des aires de stationnement réservé sont disponibles pour la clientèle handicapée. Le stationnement mériterait une attention particulière lors de situations particulièrement comme le verglas afin d'assurer la sécurité des intervenants et des patients. Des ascenseurs sont dédiés pour le transport des patients à

l'intérieur de l'établissement. Un système informatique muni d'alarme en cas de problèmes est en place. Le personnel est compétent et disponible afin de répondre rapidement aux différentes situations. Un système de garde est en place pour répondre aux urgences. En cas de panne électrique, une génératrice est disponible.

### 2.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Ensemble de normes : Leadership</b>  |   |
| 14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations. |  |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |   |

L'équipe a un plan d'intervention complet en situation d'urgence et de sinistres, révisé en janvier 2014. Ce plan respecte les normes gouvernementales. Les rôles et responsabilités des différents intervenants sont bien documentés, le plan physique des différents secteurs est bien décrit. De plus, un cahier des mesures d'urgence à l'intention des directeurs et des coordonnateurs des mesures d'urgence est disponible. Cependant, celui-ci date de 2003, l'équipe est encouragée à harmoniser les différents documents afin que l'information soit uniforme. L'équipe est consciente du défi de la mise à jour de ce manuel en raison des différents chantiers de rénovation. L'organisme respecte les codes de couleur reconnus dans le réseau.

Il n'a pas d'exercice d'évacuation simulée sur les unités de soins en raison de la condition clinique de la clientèle sauf au centre EPIC. Par contre, l'ICM procède à de la formation ponctuelle auprès des employés lors des pauses ou des repas afin d'expliquer les rudiments lors de situations d'urgence particulièrement le code rouge afin de maintenir leurs compétences et leurs connaissances. Lors de ces activités, les présences sont consignées dans un registre. De plus, l'utilisation de différents moyens de communication telle que la télévision en circuit fermé permet la diffusion de l'information. De la formation sur le code blanc a également été diffusée au personnel des unités. Quant au code bleu, la formation est dispensée par la direction des soins infirmiers et fait partie des objectifs annuels de formation. L'équipe est encouragée à poursuivre ses activités de sensibilisation auprès des intervenants et à trouver des stratégies pour simuler des exercices dans les secteurs de soins critiques.

Un partenariat est fait avec la coordination régionale et les différents services publics de la ville de Montréal. Notons la formation annuellement d'environ 45 personnes de l'ICM par le service des incendies. Cette équipe fera partie de la brigade incendie de l'ICM. Des rencontres régulières ont lieu entre ces intervenants pour harmoniser les actions en cas d'urgence.

La gestion des éclosions est bien définie. Malgré le fait que les éclosions sont rares, l'équipe a tiré des leçons positives de l'éclosion de 2011. Des méthodes de travail et de prévention prises lors de cette éclosion perdurent depuis ce temps. Différents moyens de dépistage des bactéries multirésistantes, la formation du personnel, les rencontres d'assistantes-infirmières-chefs, la proximité et la disponibilité des infirmières en prévention peuvent expliquer la quasi-absence d'éclosion. La mise en place d'équipe dédiée pour le nettoyage des zones grises est également un moyen préventif permettant d'atteindre cet objectif. De plus, l'acquisition d'outils technologiques de laboratoires permettant l'accès aux résultats rapides de tests de dépistage limite les isolements ou confirme celles-ci. La direction a mandaté les infirmières en prévention des infections et uniquement elles, de faire la cessation des isolements après analyse du dossier et de la situation clinique. Belle initiative.



Il faut souligner la rigueur des équipes de travail et leur responsabilisation pour la prévention des infections afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.

### 2.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

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

Les secteurs critiques à risque d'engorgement comme l'urgence, les soins intensifs et la salle d'opération sont identifiés et des mesures sont en place pour apporter rapidement les correctifs nécessaires au bon déroulement des activités de soins. Le plan de décongestion du service de l'urgence est en vigueur, peu importe le taux d'occupation. On parle ici d'une vigie en continu.


Un état de situation du taux d'occupation des lits est effectué quotidiennement par un comité de coordination. Ce comité s'assure d'une saine gestion des différentes listes d'attente. Une gestion rigoureuse dont l'efficacité est à souligner.

Le comité de gestion de lits se réunit quant à lui trois fois par jour à tous les quarts de travail soit le jour, le soir et la nuit. L'état de situation du taux d'occupation est publié chaque matin vers 07:00 par voie électronique aux membres du comité.

Dans le but d'améliorer le cheminement de l'utilisateur, différents algorithmes de suivi ont été mis en place pour faciliter le bon déroulement de son épisode de soin ou de service. La majorité des algorithmes consultés font également référence à la sécurité du patient avec les pratiques organisationnelles requises (PORs). Ces algorithmes ont récemment été officialisés. L'organisme est invité à poursuivre leurs utilisations sur une base quotidienne.

### 2.1.11 Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

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

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée  |
|--|---|
| <b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>  |   |
| 2.4 Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconnu sur le retraitement et la stérilisation. |   |
| 12.3 L'équipe est en mesure de retracer tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou transportés jusqu'aux unités de soins ou à d'autres organismes.              |  |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |   |

L'équipe a réalisé plusieurs projets d'amélioration de la qualité reliés à la sécurité comme le transfert de la lecture rapide à la lecture super rapide afin de rendre les dispositifs médicaux disponibles plus rapidement; l'assemblage des chariots de cas par les préposés à la stérilisation; la révision de la structure de fonctionnement des effectifs; la mise à niveau de l'environnement pour le retraitement des endoscopes; l'implantation de la traçabilité en endoscopie et en hémodynamie; le transfert des tâches des préposés à la stérilisation aux employés d'hygiène salubrité du nettoyage des salles du bloc opératoire; le transfert des dispositifs médicaux stérilisés à l'OE vers « Stérizone »; le transfert du retraitement de bronchoscopes retraités au « Stéris » vers une stérilisation au « Stérizone »; l'implantation du recyclage; la révision du contenu du cabaret; l'informatisation des étapes de retraitement avec la traçabilité au patient de l'utilisation des dispositifs au bloc opératoire (75%); et la rédaction de plus d'une centaine de fiches de produit pour paquet «Peel pack ».

L'équipe est encouragée à mettre en œuvre ses activités d'amélioration de la qualité dans un plan structuré d'amélioration de la qualité comprenant des objectifs, actions, des indicateurs de processus et de résultats et un échéancier.

Depuis la dernière visite, l'appréciation du rendement des employés est faite de façon systématique.

L'équipe a mentionné qu'aucun instrument n'est envoyé en sous-traitance. Les services d'entretien préventif et d'inspection sont offerts par une équipe externe. Les services sont supervisés par l'équipe de génie biomédical.

L'équipe a exprimé son appréciation de la collaboration et du service rapide de l'équipe du génie biomédical.

L'équipe a mentionné tenir des rencontres hebdomadaires afin de faire des rappels, offrir de la formation et revoir les commentaires reliés au fonctionnement de l'équipe, qualité et gestion de risque relié à la sécurité.

## 2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

### Analyses de biologie délocalisées

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

### Transplantation d'organes et de tissus

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

### Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Épisode de soins

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

### Aide à la décision

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

### Impact sur les résultats

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

### Dons d'organes et de tissus

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

### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Services de diagnostic - Imagerie

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

## Services de diagnostic - Laboratoire

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

## Services transfusionnels

- Services transfusionnels

### 2.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>   |                            |
| 11.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes. | <b>!</b>                   |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>   |                            |

Un comité pharmaceutique interdisciplinaire collabore avec le comité de gestion des risques et les autres comités par exemple le comité d'utilisation des antibiotiques ou le comité pharmaceutique du programme de recherche. Le comité pharmaceutique est préoccupé par son rôle de vigilance envers les pratiques cliniques associées aux médicaments et de la gestion des médicaments; le tout basé sur l'évidence scientifique.

Les espaces de la pharmacie centrale ainsi que la pharmacie satellite adjacente aux soins critiques sont fonctionnels, propres, éclairés, et équipés de technologie contribuant à la gestion des médicaments et à la sécurité des patients. Il est à noter que l'équipe a récemment implanté des caméras de vérifications dans la zone de préparation des médicaments stériles. Des photos du processus de préparation des médicaments sont prises à intervalles régulières permettant la possibilité de traçabilité si le besoin se présente.

Un sommaire des projets d'amélioration de la qualité démontre les activités d'amélioration réalisées dans les deux dernières années notamment le bilan comparatif des médicaments, un processus de double vérification des médicaments, l'implantation des pompes à perfusion intelligentes, une revue d'utilisation de plusieurs médicaments par exemple les antiplaquettaires, les médicaments utilisés durant un code bleu, les anticoagulants utilisés chez les patients avec un cœur mécanique, et le gabigatran.

Le bilan comparatif des médicaments est utilisé à l'admission et aux points de transition. L'équipe a identifié comme objectif d'amélioration que le nombre de bilans comparatif complété le soir et la fin de semaine doit être augmenté. En plus, l'équipe est encouragée à revoir avec les consultations externes des soins ambulatoires le processus de bilan comparatif présentement en place en lien avec la nouvelle politique du bilan comparatif des médicaments.

L'équipe a une préoccupation constante et de la rétroaction sur les erreurs liées aux médicaments. L'équipe adopte des stratégies de réduction des erreurs. L'impact des activités d'amélioration est à évaluer de façon formelle.

L'équipe est encouragée à élaborer un plan structuré d'amélioration comprenant des objectifs, des actions, des indicateurs de processus et de résultats, et des échéanciers.

L'équipe est encouragée à continuer ses suivis des nouvelles politiques et procédures implantées comprenant les changements associés aux médicaments afin d'assurer la conformité. Régulièrement, l'équipe utilise des audits afin de savoir si l'organisme se conforme à ses nouvelles pratiques associées avec le bilan comparatif des médicaments, la double vérification des médicaments et la thromboprophylaxie. L'équipe a identifié le besoin d'évaluer le progrès de l'implantation des pompes intelligentes implantées en octobre 2015.

Un pharmacien et un technicien en pharmacie sont attirés à chaque unité de soins. Leurs rôles sont intégrés au fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.

Les prestataires de soins ont confirmé avoir accès en temps opportun aux nouvelles politiques et aux nouveaux protocoles et à la liste de médicaments de niveau d'alerte élevé.

L'équipe de la pharmacie appose des étiquettes de couleur vive identifiant les médicaments et les solutions à alerte élevée de façon à pointer aux prestataires le besoin élevé de vérification.

**2.2.2 Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service**

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

**Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus**

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

|  |  |
|--|--|
| 4.6 À la fin de la période d'orientation et de formation, les membres de l'équipe de transplantation nouvellement recrutés démontrent une connaissance théorique et pratique.<br><br>Référence CSA : Z900.2.3-03, 4.2. |  |
|--|--|


**Processus prioritaire : Épisode de soins**

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

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

|  |   |
|--|---|
| 22.5 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.                               |  |
| 22.6 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles. |   |

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

**Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus**

Le programme de transplantation cardiaque à l'Institut existe depuis trente ans. Une équipe multidisciplinaire se rencontre toutes les semaines depuis trente ans pour gérer, pour discuter et pour mettre à jour, non seulement, la liste d'attente, mais aussi pour suivre tous les receveurs de transplantation. Toutes les politiques et procédures sont à jour et sont en règle selon les règles de l'art. Le programme est encadré et soutenu par Transplant Québec qui travaille en étroite collaboration avec l'Institut. Toutes

les lignes directrices de l'algorithme sont appliquées et toutes les informations sont consignées scrupuleusement au dossier.

Ce programme incarne le principe de services centrés sur le patient et sa famille. Toute la démarche de l'évaluation, à la décision de mettre le nom du receveur sur la liste d'attente, toute prise de décisions jusqu'au suivi en postopération est prise avec le patient et sa famille. Le patient et sa famille sont au cœur de toute prise de décision et de toute action. À titre d'exemple un pamphlet qui a été développé pour servir d'outil à la prise de décision envers la transplantation a été effectué par un membre du personnel en collaboration avec un groupe de patients en attente de greffe, de receveurs et des membres de leur famille. Tous les patients et les membres de leur famille sont considérés comme des membres de l'équipe multidisciplinaire à part entière.

Tout enseignement que ce soit en évaluation prégreffe ou post-greffe est suivi d'un questionnaire afin d'évaluer la bonne compréhension de l'enseignement et des consignes spécifiques. Les usagers et leur famille bénéficient du soutien d'une équipe multidisciplinaire y incluant un soutien spirituel.

### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le programme de transplantation cardiaque à l'Institut existe depuis trente ans. Une équipe multidisciplinaire se rencontre toutes les semaines depuis trente ans pour gérer, discuter et mettre à jour, non seulement, la liste d'attente, mais aussi suivre tous les receveurs de transplantation.

L'équipe de leadership est compétente enthousiaste et extrêmement engagée envers la mission et le succès du programme. Elle met à profit ses années d'expérience pour revoir les objectifs du programme et s'adapter aux besoins changeants de sa clientèle. Ainsi à cause des progrès technologiques de plus en plus d'usagers reçoivent des cœurs mécaniques ou de l'assistance ventriculaire en attente de greffe.

L'équipe jouit aussi du soutien de Transplant Québec, notamment pour ce qui est de l'attribution des organes et la gestion de la liste d'attente. Transplant Québec offre aussi des formations concernant la transplantation.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe des services de transplantation est une grande équipe multidisciplinaire qui regroupe tous les secteurs de l'Institut allant des médecins et chirurgiens, au personnel infirmier, à la physiothérapeute, à la nutritionniste, au perfusionniste, au travailleur social, au psychiatre, jusqu'au service de spiritualité.

Le personnel recruté dans le service reçoit de la formation sur les services de transplantation. Outre quelques personnes, la plupart des membres de l'équipe œuvrent dans tous les services afin de maintenir leurs compétences. En particulier, le personnel infirmier est assigné au service, mais travaille une journée semaine dans un secteur de l'hôpital afin de maintenir leurs compétences.

La formation que reçoivent les membres de l'équipe par rapport à la transplantation n'est pas consignée et les connaissances théoriques et pratiques ne sont pas nécessairement vérifiées. Selon les normes. L'organisme est invité à consigner la formation reçue par tout membre de l'équipe qui reçoit de la formation par rapport au service de transplantation dans un registre et vérifié.



## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe effectue une dizaine de transplantations par année et compte environ huit usagers en attente de greffe. Ces patients sont suivis étroitement et selon des protocoles bien établis.

Lorsqu'un donneur potentiel est identifié, une série d'étapes sont suivies encore selon des protocoles bien définis. Transplant Québec accompagne l'équipe étroitement tout au long du processus de prélèvement jusqu'à la chirurgie et même après. Le receveur et sa famille sont informés tout au long du processus et font partie de tout processus décisionnel. Du soutien pour l'utilisateur et sa famille est disponible tout au long du processus.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Tout enseignement en évaluation prégreffe ou post-greffe est suivi d'un questionnaire afin d'évaluer la bonne compréhension de l'enseignement et des consignes spécifiques. Les usagers et leur famille bénéficient du soutien d'une équipe multidisciplinaire y incluant un soutien spirituel.

Tous les usagers qu'ils soient en attente de greffe, ou qu'ils soient receveurs d'une greffe ou d'un implant ont des dossiers bien maintenus et à jour. Les dossiers sont tous conservés. L'équipe suit au-dessus de 230 patients. Des renseignements standardisés sont recueillis et les dossiers sont uniformisés pour aider au suivi du patient et assurer qu'aucune information n'est omise ou que des renseignements importants et pertinents risquent d'être oubliés.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Tous les patients greffés sont suivis pendant plusieurs années et selon des protocoles bien établis. L'équipe est proactive pour cerner des risques potentiels pour la sécurité du patient.

L'équipe a déployé beaucoup d'effort et de ressources pour faire agréer le programme de transplantation. L'équipe est invitée dans une prochaine étape à définir leurs objectifs d'amélioration de la qualité et à déterminer dans quels délais elle désire les réaliser et avec quels indicateurs elle va mesurer l'atteinte de ces objectifs.

### 2.2.3 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>  |                            |
| 1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin.<br>Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6. |                            |
| 3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement.<br>Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.   |                            |
| 3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD.<br>Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.   |                            |
| 3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences.<br>Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.   |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>  |                            |

Un immense travail a été effectué à la suite des dernières recommandations du rapport d'Agrément Canada concernant les analyses de biologie délocalisées (ADBD).

Outre la mise sur pied d'un comité interdisciplinaire spécifique aux ADBD, plusieurs autres comités et sous-comités ont été mis sur pied afin d'effectuer l'évaluation des besoins et d'établir des plans d'action.

L'organisme a défini les liens hiérarchiques ainsi que les rôles et les responsabilités des différentes catégories de personnel en ce qui concerne les ADBD facilitant leur encadrement et leur supervision. De plus, l'ensemble des autres politiques a été rédigé ou revu lorsque requis selon les normes établies.

Les besoins de l'organisme en matière d'ADBD ont également été ciblés. Ainsi cinq ADBD sont autorisées comme les indicateurs de glycémie (glucomètres), la co-oxymétrie, l'INR, l'hémoglobine et le temps de coagulation activé (ACT)). Les utilisateurs et les endroits où sont utilisées les ADBD ont été établis de concert avec l'équipe médicale, les soins infirmiers, les inhalothérapeutes et les laboratoires selon les besoins définis.

Malgré le nombre imposant d'ADBD, plusieurs formations ont été ciblées et données en 2015 pour l'ensemble des ADBD, ceci grâce à la collaboration des soins infirmiers, des inhalothérapeutes, des super-utilisateurs et des ressources dédiées du laboratoire. Enfin, nous ne pouvons pas passer sous silence le travail considérable entrepris afin de permettre l'utilisation d'un appareil de CoaguChek à environ 300 patients de l'ICM, en perte d'autonomie, et suivis par 10 CLSC en soins à domicile (SAD).

Un programme de contrôle de qualité interne déjà déployé pour tous les indicateurs de glycémie est grandement simplifié par l'utilisation d'un logiciel spécifique. De plus, le contrôle de qualité externe, requis selon les normes, est effectué et suivi pour les indicateurs de glycémie.

Pour toutes les autres ADBD, un programme structuré de contrôle de la qualité interne et externe a également été déployé. Le suivi est bien encadré et se fait de façon manuelle.

Il serait opportun que des statistiques des résultats des contrôles de qualité soient présentés, par la responsable des ADBD, au comité interdisciplinaire pour des suivis et des améliorations.

Plusieurs autres activités de gestion de la qualité ont été développées comme des audits, des documents facilitant l'apprentissage des méthodes d'analyses, des outils pour l'évaluation des compétences et l'élaboration d'indicateurs de qualité. Mentionnons également l'évaluation de la pertinence de certains indicateurs de glycémie et le retrait de ceux dont la faible utilisation ne justifiait plus leur utilisation.

Le suivi d'indicateurs qualité pour les glucomètres est à poursuivre, d'ailleurs l'équipe est invitée à développer d'autres indicateurs de qualité pour les autres ADBD autorisées.

L'équipe laboratoire a développé, en collaboration avec les chefs d'unités, un programme de formation continue et d'évaluation des compétences qui sera présenté sous peu au comité interdisciplinaire des ADBD pour acceptation. Ce programme pourra venir soutenir les activités de maintien et d'amélioration continue de la qualité pour la réalisation des ADBD.

Les activités du comité laboratoire des ADBD et la collaboration des divers intervenants sont un réel atout pour l'organisation et le comité interdisciplinaire des ADBD. Enfin, l'équipe est consciente que les activités des ADBD sont inscrites dans un continuum et nécessiteront le maintien des ressources actuelles.

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

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>  |                            |
| <p>L'équipe de prévention des infections est une équipe engagée et dynamique. Plusieurs améliorations ont été observées depuis la dernière visite d'agrément. Notamment la mise à jour complète du manuel de prévention et contrôle des infections et la revue complète des rôles et des responsabilités du personnel responsable de la désinfection des chambres et de l'environnement. En effet, ce personnel est maintenant sous la responsabilité entière du personnel de l'hygiène et de la salubrité.</p> <p>Le comité de prévention et contrôle des infections est multidisciplinaire et tous les services sont bien représentés. Le comité relève du CMDP et le corps médical est très bien représenté avec un médecin de chaque département sur le comité en plus de représentants de chaque secteur. Le comité se rencontre régulièrement et des procès-verbaux sont publiés.</p> <p>L'auto-évaluation de l'équipe en prévention des infections en vue de la préparation de la visite d'agrément n'a pas soulevé d'enjeux majeurs. Bien que le programme de prévention est bien articulé, l'équipe dit ne pas avoir un plan d'amélioration continue de la qualité pour le service de préventions des infections. Cependant lors de la rencontre et de la visite l'équipe a exprimé au moins cinq pistes d'amélioration qu'elle poursuit ou désire poursuivre. L'équipe est encouragée à mettre par écrit ces pistes d'améliorations et à développer des plans d'action pour chaque objectif identifié afin d'assurer la réalisation de ces améliorations.</p> <p>L'équipe suit le taux d'infection dans l'organisation et diffuse ses résultats à l'interne. L'équipe a réalisé des progrès importants dans le taux d'infection grâce à la révision des protocoles de désinfection des chambres. La désinfection relève maintenant entièrement des techniciens en hygiène et salubrité et est non partagée avec les préposés et aussi grâce à l'introduction d'un protocole bien élaboré de désinfection des zones grises qui a eu pour conséquence la baisse du taux d'infection de moitié.</p> <p>L'équipe donne de la formation sur le lavage des mains et fait des audits sur l'hygiène des mains. L'équipe n'est pas très satisfaite avec les résultats d'audit du lavage des mains. L'équipe est encouragée à faire de l'amélioration du taux de lavage des mains un objectif et une priorité dans leur plan d'amélioration continue de la qualité en matière de prévention des infections.</p> <p>Au niveau des services alimentaires, l'organisation a fait l'achat de nouveaux chariots pour transporter la nourriture aux patients sur les étages. Ces chariots permettent un contrôle strict de la température des aliments séparant les aliments chauds des aliments froids. De plus, l'aspect nettoyage a été pris en compte lors de l'achat et les chariots sont facilement nettoyés.</p> |                            |

Les aliments sont entreposés de façon sécuritaire dans des réfrigérateurs et dans les congélateurs qui sont tous munis de thermomètres et dont les températures sont contrôlées régulièrement par le personnel des services alimentaires. Les températures sont consignées sur un registre affiché sur le devant du réfrigérateur, mais pas sur tous les réfrigérateurs. L'équipe est encouragée à bien consigner par écrit toutes les lectures de température afin de s'assurer que des écarts ne soient pas ignorés.

Tous les repas sont préparés sur place et tout le personnel a soit reçu de la formation du ministère de l'Agriculture Pêcheries et Aliments du Québec (MAPAQ), ou soit sous la supervision de personnel formé. Le personnel ayant reçu la formation du MAPAQ surpasse les 10% requis par le ministère.

Les services de buanderie sont contractés à l'extérieur de l'établissement et les chaînes de linge souillé et propre sont bien séparées physiquement.

Les déchets biomédicaux sont bien gérés et encore une fois les chaînes de contenus souillés et propres sont bien séparées.

L'organisme est invité à porter une attention très particulière à l'urgence. En effet, à l'urgence il y a un comptoir où on dépose des cabarets avec de petits instruments contaminés/souillés tout près de chariots où sont entreposés des instruments et matériel stérile. De plus, il y a des aliments et des verres personnels déposés tout près du matériel souillé. Ceci pose un risque important de contamination croisée. Il est d'autant plus important que cette observation a été faite lors de la dernière visite d'agrément il y a 4 ans.

2.2.5 Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>                            |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>                                    |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>                               |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>                             |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>                       |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>                    |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>         |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>                            |                            |

À cause de l'espace restreint, des produits stériles sont adjacents aux matériels souillés. Cette pratique devrait être adressée dans les plus brefs délais. Cette situation représente un incitatif important et urgent à la construction de l'unité temporaire, qui devrait être faite dans un délai raisonnable. Un plan de réaménagement de ce secteur a été approuvé par la direction générale. Les produits stériles seront séparés du matériel souillé d'ici le printemps 2016.

L'institut est une organisation très spécialisée et axée sur la cardiologie et les problèmes de santé d'origine cardiovasculaire. Cette mission est également reconnue par les autres institutions dans la région. Donc, si un patient se présente avec un problème qui n'est pas dans leur sphère de pratique comme un problème psychiatrique ou un trauma d'un système autre que cardiovasculaire ou thoracique, une entente de transfert à d'autres institutions sera entreprise, tenant compte de la sécurité et du bien-être du patient. Alternativement, si une situation amène une surcharge de patients aux hôpitaux de leur région comme une épidémie ou de multiples traumas, etc. l'Institut augmentera son quota de patients avec problèmes cardiovasculaires pour alléger la tâche des institutions adjacentes. Ceci représente une situation particulière à l'Institut et qui est bien gérée.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe tient hebdomadairement des discussions de cas avec des suivis et des recommandations, s'il y a lieu. Des rencontres sont également tenues lors de situations particulières. Des activités de formation continues assurent le transfert des connaissances entre les professionnels de l'équipe. Le champ de pratiques professionnelles est rigoureusement respecté.

Les pompes à perfusion similaire aux autres unités de l'institut sont utilisées. Les problèmes de fonctionnement reconnus ailleurs n'ont pas été observés à l'urgence. Il faudrait informer le personnel des problèmes rencontrés et s'assurer que les infirmières demeurent vigilantes et surveillent les pompes pour s'assurer de leur bon fonctionnement.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les nouvelles infirmières ont un programme d'orientation qui peut s'étendre avec un système d'accompagnement avec une infirmière senior qui peut durer jusqu'à 6 mois.

Un système informatisé « MED-URG » de dossier a été acquis et développé par l'équipe pour obtenir des données, faire des ordonnances médicales, afficher les résultats de laboratoire et d'investigations. Les infirmières ont accès à des terminaux dispersés dans le département. Ce système aide au bon fonctionnement de l'unité et favorise la transmission de l'information aux autres membres de l'équipe. De plus, les services diagnostiques comme le département de médecine nucléaire ont des terminaux, ceci permet de voir l'information sur les patients en attente d'investigations. De cette façon, on peut obtenir des rendez-vous pour les investigations plus rapidement. Ainsi, le client est acheminé vers son traitement plus efficacement.

Le bilan comparatif est effectué par des pharmaciens ou par des assistants-techniciens en pharmacie, de jour la semaine. Il y a un pharmacien de garde le soir, la nuit et la fin de semaine pour consultation.

L'accès au laboratoire non invasif notamment le nucléaire ou l'échocardiographie est facilité pour les patients à l'urgence, avec des plages réservées pour ce département. S'il y a une surcharge de patients en attente, des procédures pourront être faites la fin de semaine. De plus, le département de médecine nucléaire a des terminaux du logiciel « MED-URG » dont les techniciens peuvent voir à distance les réquisitions et faire rapidement le test dans une plage réservée. Cet accès cependant n'est pas disponible en échocardiographie la fin de semaine.

La politique de lavage des mains est bien indiquée et est communiquée au personnel et aux patients. Les audits ont montré une conformité de 60%.

Des réunions quotidiennes de gestion de lits sont organisées pour évaluer la durée d'attente des clients, des transferts ou d'investigations. Les patients avec problèmes plus aigus urgents auront un triage leur permettant d'accélérer à leur traitement ou à leur transfert. L'équipe est préoccupée par le développement d'un projet d'aménagement qui comprend une unité d'hospitalisation brève à l'urgence. L'équipe est encouragée à encadrer ses activités de planification et d'amélioration de la qualité avec actions, des indicateurs de processus, de résultats et un échancier.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Le département a participé au développement d'un système informatisé de dossier électronique. Le personnel infirmier l'utilise avec enthousiasme. Ce système apparaît très efficace permettant de savoir l'état et le statut d'un patient d'un coup d'œil sur les différents moniteurs dans l'unité. Ce système est intérimaire avant l'adoption d'un système électronique pour l'institution qui devrait être planifié et implémenté dans les plus brefs délais. Ce système informatique est surtout adapté à l'urgence et le système pour les patients admis devra être modifié en conséquence des besoins spécifiques de l'unité de soins.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il y a une bonne performance de l'urgence. Les clients ont un triage effectué dès leur arrivée et ils sont acheminés à l'aire de l'urgence pour recevoir les soins requis. On procède alors à leur inscription et à l'ouverture de leur dossier électronique. Les patients en phase critique ou ceux qui ont besoin de soins immédiats sont acheminés à la salle STEMi-réanimation pour des traitements et un transfert en hémodynamie si nécessaire. La durée moyenne de séjour à l'urgence est de 21 heures. Le personnel est en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle.

Le personnel de ce département fonctionne et travaille très bien malgré l'espace restreint. Les corridors sont étroits avec des civières en surplus bloquant en partie la circulation. L'observation adéquate et sécuritaire des patients est difficile dans cet environnement. Le problème de congestion sera probablement amélioré de façon souhaitable d'ici 2 à 3 ans avec la construction d'une urgence temporaire et un plan à plus long terme d'une urgence permanente dans le nouveau projet d'expansion.

À cause de l'espace restreint, des produits stériles sont adjacents aux matériels souillés. Cette pratique devrait être adressée dans les plus brefs délais. Cette situation représente un incitatif important et urgent à la construction de l'unité temporaire, qui devrait être faite dans un délai raisonnable. Un plan de réaménagement de ce secteur a été approuvé par la direction générale. Les produits stériles seront séparés du matériel souillé d'ici le printemps 2016.

Malgré la situation d'espace restreint et de l'achalandage souvent présente, les patients expriment être satisfaits des soins et des services reçus par les membres du service et des employés.

## Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

La procédure est rare à cause de la mission de l'institut, les dons pour les yeux sont facilités par Transplantation Québec.




2.2.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

|  |   |
|--|---|
| <p>4.7 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit doté de l'équipement et du personnel appropriés qui permet aux clients de récupérer suivant l'examen.</p> |  |
|--|---|

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

Processus prioritaire : Compétences

Des locaux sont disponibles pour répondre aux besoins de la clientèle.

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

L'équipe connaît très bien sa clientèle. Elle fait le suivi des temps d'attente et elle est en mode solution pour trouver des pistes potentielles d'amélioration afin de répondre à la demande de plus en plus importante. Les locaux sont bien aménagés et sécuritaires. Le secteur de la médecine nucléaire a été récemment rénové, il est éclairé et très fonctionnel. Des aires spécifiques pour les patients ayant reçu des opacifiants sont en place.

Il existe une belle collaboration et une complicité entre les équipes médicales et professionnelles pour assurer une bonne gestion des services d'imagerie. La proximité des services favorise les discussions de corridor et la gestion des problématiques mineures. Des rencontres de gestion sont également planifiées. Des axes de recherche et d'enseignement sont des éléments importants de leur quotidien. Il a un bel esprit d'équipe dans ces secteurs.

Le personnel est membre de leur ordre professionnel. Certains technologues ont un statut d'autonome selon les règles de leur association. Une certification est exigée. Le personnel a une formation en réanimation cardiorespiratoire. Le personnel connaît les actions à prendre en cas d'urgence. De plus, un médecin est disponible en cas de besoin immédiat.

De plus, des sessions de formation ont lieu lors de l'acquisition de nouveaux appareils. Cette formation est faite par la compagnie et par la suite des super-utilisateurs assurent la continuité de la formation auprès des équipes de travail. Le personnel n'est pas évalué sauf lors de programme d'orientation ou lors d'essai sur un poste. Malgré la charge de travail exigée, l'équipe est encouragée à trouver des stratégies pour favoriser les évaluations au rendement.

En électrotransoesophagien, le patient en externe est installé dans le corridor après son examen avec administration de sédatif. L'équipe est encouragée à trouver un endroit plus adéquat pour assurer la

surveillance du patient. Un programme d'entretien préventif sous l'égide du génie biomédical est en place. Ceux-ci collaborent avec le service pour assurer le suivi sans nuire à l'accessibilité du service.

Les demandes d'examen externe sont acheminées à une centrale de rendez-vous soit par courrier, par fax ou par téléphone. Ce local est bruyant et des violations à la confidentialité sont observées. Il est à noter que certains patients doivent se déplacer pour prendre un rendez-vous. L'équipe est sensibilisée à cette situation et elle est fortement encouragée à trouver une solution permettant la prise de rendez-vous sans déplacement physique.

L'équipe offre des services pour des patients urgents et non urgents. Tout est mis en place pour répondre rapidement aux demandes urgentes. Les assistantes-techniciennes font une gestion efficace des plages horaires et les ajustent afin de répondre aux urgences. Les résultats sont analysés rapidement et un suivi serré est fait lorsque les résultats sont anormaux. Tous les résultats sont disponibles sous forme électronique et en mode papier. Les résultats sont disponibles pour les utilisateurs sur leurs postes de travail informatiques.

La documentation pour les patients est disponible en français et en anglais. Elle se retrouve également sur le site Web de l'ICM. Les procédures sont mises à jour régulièrement et diffusées aux utilisateurs par différents mécanismes de communication. En cas de besoin, un service d'interprètes est disponible.

Les contrôles de qualité sont effectués selon les normes. L'équipe est sensibilisée aux événements indésirables et aux incidents/accidents. Au début de chaque rencontre de service, ce point est à l'ordre du jour et des objectifs d'amélioration sont énoncés. En médecine nucléaire la documentation est disponible sous forme électronique comme le manuel de radioprotection et de préparations des différentes substances opacifiantes.

### 2.2.7 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>   |                            |
| 1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille des données sur les niveaux d'utilisation des services de laboratoire et les temps d'attente pour accéder à ceux-ci.   |                            |
| 1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.   |                            |
| 1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent. |                            |
| 2.1 L'équipe établit une entente avec chaque utilisateur de laboratoire (organismes), laquelle précise les exigences et les responsabilités respectives.  |                            |
| 2.2 L'équipe vérifie qu'elle est en mesure de répondre aux exigences stipulées dans l'entente.  |                            |
| 2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.  | !                          |
| 2.4 L'équipe tient des dossiers à jour pour toutes les ententes, ce qui inclut tout changement pertinent effectué pour se conformer aux règlements applicables.   |                            |
| 2.5 L'équipe informe les utilisateurs de laboratoire (organismes) de tout changement apporté à l'entente ou de tout écart important par rapport à celle-ci qui pourrait avoir une incidence sur les résultats d'analyse, et ce, en temps opportun.  | !                          |
| 3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.   |                            |
| 6.4 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.   |                            |
| 6.6 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.   |                            |

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 7.1   | L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.   | ! |
| 7.2   | Le laboratoire a suffisamment d'espace pour réaliser les activités du laboratoire.  |   |
| 8.3   | La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.                               | ! |
| 11.3  | L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.   |   |
| 20.5  | L'équipe suit une PON pour la manipulation sécuritaire des échantillons qui coulent ou des formulaires de requête contaminés.   | ! |
| 26.5  | L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.   | ! |
| 27.3  | L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.  | ! |
| 27.4  | L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.  | ! |
| 27.6  | L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation. | ! |
| 29.1  | L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.   | ! |
| 29.4  | L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.  | ! |
| 29.5  | L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.  |   |
| 29.7  | L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.       | ! |
| 29.8  | L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.   | ! |
| 29.10 | L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.   |   |
| 29.11 | L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.                                | ! |
| 29.15 | L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.  | ! |

- 29.16 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.
- 29.17 L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le département de biologie médicale de l'Institut de cardiologie de Montréal se compose des services suivants: l'anatomopathologie, la biochimie, la biologie moléculaire, l'hématologie, la microbiologie. Un seul centre de prélèvement est sous la responsabilité du département.

Le personnel est professionnel, compétent, engagé et hautement polyvalent. Lors des différents audits, la très grande satisfaction des utilisateurs des services de laboratoire a été constatée quant à la qualité de ses services et à l'implication et à l'accessibilité des professionnels et du personnel technique.

Le centre de prélèvement démontre un manque évident d'espace comme une salle d'attente ainsi qu'un achalandage important dans certaines zones à risque. L'organisme est invité à revoir la configuration des aires de travail afin d'améliorer la confidentialité, l'efficacité des postes de prélèvements et la sécurité des patients. Un projet Kaizen serait un outil indéniable afin d'améliorer les temps d'attente et les risques associés à la sécurité des patients.

Les locaux du laboratoire sont sécuritaires, mais des accès sécurisés devraient être installés afin de répondre aux normes.

Un travail considérable a été effectué en santé-sécurité incluant l'élaboration et la diffusion d'un programme en santé-sécurité. La formation SIMDUT est à mentionner ainsi que le répertoire et le suivi rigoureux des produits chimiques. L'équipe est invitée à effectuer l'évaluation des risques au laboratoire, au centre de prélèvement et en biologie moléculaire puisque dans ce dernier secteur une personne se retrouve seule dans un endroit isolé. Le comité est encouragé à poursuivre ses activités d'évaluation des risques et surtout à établir et à implanter les mesures de sécurité requises. Des audits et des exercices de mesure d'urgence pourraient venir finir le travail déjà entrepris.

L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) par contre, il aurait lieu de définir les circonstances où le port des gants est obligatoire pour les produits biologiques.

Le parc technologique permet d'offrir un excellent menu d'analyses, d'éviter les bris de services (redondance des instruments) et peut facilement répondre à une augmentation des demandes d'analyses afin de satisfaire au besoin des cliniciens.

Le programme d'entretien des équipements analytiques est rigoureusement suivi selon le calendrier prévu et est bien documenté.

L'évaluation régulière des compétences pour tous les employés s'observe pour certaines activités spécifiques notamment en microscopie urinaire et en microscopie pour les frottis. Par contre, l'équipe est encouragée à développer un programme structuré de l'évaluation régulière des compétences pour tous les employés et à documenter le tout.

Nous ne pouvons pas passer sous silence le travail remarquable entrepris, dans la dernière année, afin d'effectuer la révision des PONs, révision qui doit s'effectuer régulièrement et aux deux ans. D'ailleurs, le laboratoire s'est doté en 2015 d'un nouveau système de gestion documentaire « Omni-Assistant » qui est un système permettant le suivi de la gestion documentaire. Ce système est accessible par tous les membres du personnel comme les gestionnaires, les technologistes, les professionnels ainsi qu'au centre de prélèvement. L'équipe est très satisfaite de ce nouveau système et est encouragée à développer tout le potentiel de ce nouvel outil.

Il y a un nombre suffisant de ressources pour offrir les services diagnostics de laboratoires, par contre, lors de la reprise des activités de la pathologie, une attention particulière devra être apportée à ce secteur. Enfin, l'équipe est consciente que les activités d'amélioration de la qualité et de santé et sécurité sont inscrites dans un continuum d'amélioration et nécessiteront le maintien des activités actuelles.

En ce qui a trait à la biologie moléculaire, depuis la dernière visite d'agrément un investissement majeur en ressources humaines et financières y a été consacré afin de répondre aux recommandations et surtout de fournir le service diagnostique requis.

Chaque secteur utilise de bons outils de contrôle interne et participe régulièrement à des programmes de contrôle de qualité externe. Ces programmes de contrôle de la qualité sont complets et le suivi qui est exercé par les technologistes et les professionnels assure une fiabilité et une justesse des résultats d'analyse.

Le programme d'entretien et de gestion des déchets biomédicaux est bien structuré et respecté. Les équipements de secours comme les douches et les douches oculaires sont disponibles et un calendrier d'entretien est rigoureusement respecté.

Enfin, la direction du laboratoire est consciente que pour maintenir un bon système de gestion de la qualité, elle devra y inclure l'évaluation des compétences, l'évaluation du rendement et l'utilisation de méthode de vérifications par des sondages, des audits, des indicateurs qualité mesurables, des contrôles de la qualité et autres. Par la suite, les données qui découlent de ces outils seront collectées, analysées et utilisées afin de développer des plans d'action qui permettront de planifier ses prochaines initiatives d'amélioration de la qualité.

2.2.8 Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |                            |
| 3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.  | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |
| <p>L'équipe connaît bien la clientèle qu'elle dessert. Des rencontres régulières de gestion médico-nursing sont planifiées afin d'identifier les objectifs départementaux, de trouver des solutions aux problématiques et de participer aux projets organisationnels selon le plan stratégique.</p> <p>Une belle collaboration et un partage entre les intervenants ont été constatés.</p> <p>Les trajectoires pour la cardiologie sont bien établies entre les partenaires, et ce, dans un esprit de collaboration.</p> <p>Selon les partenaires, les corridors de service sont fluides. L'équipe fait preuve de créativité afin d'assurer un bon roulement des lits dans un contexte de criticité de la clientèle tout en ayant un souci de sécurité de la clientèle.</p> <p>La prise en charge de la clientèle cardiaque est rapide selon l'état clinique du patient. La clientèle est satisfaite des soins reçus.</p> |                            |

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de travail se fait confiance et l'esprit d'entraide est palpable dans les différents secteurs. Une équipe interdisciplinaire est en place dans chacun des secteurs. L'équipe se rencontre chaque semaine ou de façon ponctuelle, dans un esprit de convivialité professionnelle. La rencontre est animée par l'assistante-infirmière-chef qui agit comme le chef d'orchestre, et ce en présence de l'équipe médicale. Celle-ci coordonne les soins en partenariat avec l'équipe médicale et la gestionnaire des lits.

À la suite de l'introduction à l'automne 2015 de nouvelles pompes à perfusion la direction des soins infirmiers a planifié la formation pour le personnel infirmier. Des mécanismes sont en place pour rejoindre le personnel qui était absent lors de l'introduction. Un suivi est fait pour s'assurer de la sécurité et les incidents sont rapportés à la direction et à la compagnie afin d'apporter des corrections.

Un programme d'orientation spécifique sur les unités de soins est en place en partenariat avec la direction des soins infirmiers. Un processus d'évaluation au rendement est fait pour les périodes d'essai ou de probation. Cependant, les évaluations périodiques au rendement sont rarement faites. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire des évaluations au rendement périodiques.

Les équipes de travail peuvent recourir à des conseillères en soins infirmiers ou monitrices cliniques pour répondre à leurs questions de formation ou de questionnement particulier qui touchent la pratique de soins infirmiers.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de médecine dessert trois grands secteurs où on peut observer une prise en charge de la clientèle par une équipe dynamique, professionnelle et compétente. L'équipe a un souci de la qualité des soins et une rigueur dans ses actions posées. L'accessibilité aux services de médecine se fait en partenariat avec la gestionnaire des lits de l'organisme. Chaque patient a un plan de soins complet et individualisé. Les soins et traitements sont effectués selon un plan de travail en lien avec les rôles et responsabilités de chaque intervenant. Les tâches sont réparties selon la charge de travail et ajustées au besoin. Les patients sont pris en charge dès leur arrivée par une équipe interdisciplinaire et une évaluation est effectuée. La surveillance des patients varie selon la pathologie, mais tous les patients ont une télémétrie ou un moniteur cardiaque. Le patient est orienté dans le bon secteur selon sa pathologie principale. Des consultants externes assurent le suivi des patients dans certaines spécialités grâce à des ententes de service.

L'équipe s'assure du respect des pratiques organisationnelles requises et s'y conforme. Un travail formidable a été fait en regard du bilan comparatif des médicaments. Celui-ci est fait à l'arrivée et au départ grâce au travail assidu du personnel de la pharmacie. L'équipe a accès à des personnes ressources lorsqu'elle rencontre des situations cliniques complexes.

La transmission de l'information aux points de transition, se fait de façon verbale ou écrite entre les quarts de travail et lors d'un transfert vers une autre unité de soins. Les patients ou les familles ont accès à un support spirituel à leurs demandes.



## Processus prioritaire : Aide à la décision

Tout patient a un dossier actif qui respecte les normes en vigueur dans l'établissement. L'accessibilité du dossier est facile mais les outils de documentation sont dans des cartables ou livres sur le comptoir de l'unité. L'équipe est encouragée à trouver des moyens pour s'assurer que des documents légaux ne soient pas perdus. La documentation pour le personnel est disponible sous un support informatique soient les répertoires communs mais il est difficile de trouver l'information sur les postes informatiques. Il serait intéressant qu'un moteur de recherche soit mis en place pour faciliter l'accessibilité à la documentation. De plus, le support informatique OACIS rend l'information disponible plus rapidement quant aux résultats de laboratoire, d'imagerie et de pharmacie.

L'information est partagée entre les membres de l'équipe de soins dont les préposés aux bénéficiaires afin d'assurer une continuité des soins. Lors du départ du patient, les informations pertinentes lui sont remises pour que celui-ci les communique à son médecin de famille. En cas de transfert au centre référent, l'information pertinente est acheminée afin d'assurer la continuité des soins. L'équipe a consulté ses partenaires externes afin de connaître leurs besoins d'information clinique pour s'assurer de la continuité des soins lors d'un retour au centre référent.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès aux données probantes et les utilise pour donner les meilleurs soins possible. Le suivi des incidents-accidents est fait avec les équipes de travail afin de trouver des solutions. L'équipe fait des activités d'amélioration continue de la qualité. Cependant, il n'a pas de programme structuré d'amélioration continue de la qualité. L'équipe est encouragée à regrouper les activités d'amélioration dans le même programme.

L'équipe connaît bien les mesures d'urgence. Un tableau est mis à jour à tous les quarts de travail concernant le statut de mobilisation en cas d'évacuation. Les familles sont présentes et sont informées de la condition des leurs proches régulièrement. L'équipe encourage les familles à participer aux soins de leurs proches.

Dans certaines situations critiques ou de soins de fin, les familles peuvent rester au chevet. Une équipe de soins palliatifs est en place pour guider les intervenants dans ces situations. Les membres de l'équipe connaissent le comité d'éthique. Selon les patients ou familles rencontrés, le personnel est poli et respectueux.

2.2.9 Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>                            |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>                                    |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>                               |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>                             |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>                       |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>                    |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>         |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>                            |                            |

L'équipe de leadership clinique des soins critiques chirurgicaux est une équipe qui fait preuve de vision et d'engagement envers l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Afin d'améliorer les résultats de séjour aux soins, l'équipe a décidé, il y a trois ans, de faire le virage vers une unité fermée avec des intensivistes. Sous le leadership de leur chef clinique, elle a recruté plusieurs intensivistes qui ont la charge exclusive des patients durant leur séjour à l'unité.

De plus, elle a implanté le logiciel « SEMi » qui est un système de gestion du dossier patient informatisé spécialisé pour des unités de soins critiques. Ce système permet de recueillir des informations critiques sur l'état du patient du bloc opératoire et de laboratoire pour qu'elles soient accessibles lors du transfert du patient à l'unité. Ce système est interfacé avec tous les autres systèmes de l'unité.

Les intensivistes sont soutenus par une équipe multidisciplinaire très compétente et les tournées sont maintenant structurées pour améliorer l'efficacité du travail et la transmission d'informations à l'unité. Une forte culture de collaboration et de qualité est ressentie au sein des équipes.

## Processus prioritaire : Compétences

oute l'approche à l'unité se fait en équipe multidisciplinaire. Il y a un très grand sens de collaboration et de respect entre tous les membres de l'équipe. Il y a plusieurs membres qui comptent beaucoup d'années d'expérience sur l'unité. Le nouveau personnel bénéficie d'une orientation et de la formation spécifiques à leur tâche. Il y a beaucoup d'opportunité de formation de perfectionnement qui est disponible pour le personnel. Les rôles et responsabilités sont bien définis et tous les membres de l'équipe se sentent bien soutenus, appuyés et respectés.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les patients de l'unité arrivent directement du bloc opératoire et leur arrivée est prévue dès la planification de la chirurgie. Avec le virage vers une unité fermée sous la direction des intensivistes la prestation des services s'est uniformisée et on a observé une amélioration de la durée de séjour moyen des patients à l'unité.

L'évaluation du patient est uniformisée et l'implantation du système « SEMi » a aidé aussi à uniformiser l'information critique de chaque patient à l'unité et aide grandement à la transition des patients vers les unités de soins ou vers les organisations référentes.

Depuis le dernier agrément, la pratique organisationnelle requise sur l'identification des TEV a été mise en place et les patients reçoivent la prophylaxie nécessaire.

Les usagers et les membres de leur famille sont impliqués dans toutes les étapes de leur évolution à l'unité. Ils sont informés et font partie de la prise de décision.

Les transferts sont faits de façon structurée.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Lors du virage vers l'unité fermée l'équipe a pris la décision d'implanter le logiciel SEMi qui est un système de gestion du dossier patient informatisé spécialisé pour des unités de soins critiques. Ce système permet de recueillir des informations critiques sur l'état du patient du bloc opératoire et de laboratoire pour qu'elles soient accessibles lors du transfert du patient à l'unité. Ce système est interfacé avec tous les autres systèmes de l'unité. Et donne un aperçu en temps réel de l'état du patient qui aide grandement à la prise de décision.

L'unité a aussi accès à l'information de tous les patients qui sont au bloc opératoire, ce qui aide à la planification des services en vue de leur transfert sur l'unité.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'unité a mis en place les pratiques et ressources nécessaires pour cerner les risques, pour minimiser les risques et pour assurer la plus grande sécurité des patients. Avec l'unité fermée et le soutien de la gestion informatique, on a constaté des améliorations dans la prise de décision, la durée moyenne de séjour, un meilleur fonctionnement en équipe, une meilleure transmission des informations et un meilleur climat de travail.

## Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Étant donné la pathologie lourde des patients de l'unité il ne se présente pas beaucoup d'opportunité pour identifier des donneurs d'organes. L'unité est plus encline à recevoir des receveurs de dons que l'inverse. Cependant, l'organisation a un protocole sur le DDN et elle travaille à développer des protocoles de décès cardio-respiratoire. Le personnel clinique est sensibilisé à identifier des donneurs potentiels et travaille étroitement avec Transplant Québec.

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

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |
| 1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>   |                            |
| 25.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.  | !                          |
| 25.4 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |
| <p>L'équipe des soins périopératoires est une équipe qui est engagée, dynamique et mobilisée. Le comité de chirurgie est multidisciplinaire et compte une bonne représentation de tous les secteurs qui sont touchés par les services de chirurgie et périopératoires.</p> <p>L'équipe a réalisé beaucoup de projets et d'amélioration depuis la dernière visite d'agrément. Entre autres, la réalisation de 2 Kaizen qui ont augmenté l'efficacité du travail au bloc opératoire de façon significative et qui a eu pour conséquence de diminuer le nombre de cas annulé ou reporté est à souligner. Aussi, le dossier anesthésique est informatisé et l'assemblage des chariots de cas a été transféré des infirmières aux préposés à la stérilisation, avec pour effet de libérer le personnel infirmier qui peut se dédier à d'autres tâches.</p> |                            |

L'équipe connaît bien sa clientèle et planifie son offre de services pour rencontrer ses besoins et ceux des référents. Malgré les améliorations effectuées et la récente auto-évaluation en vue de l'agrément l'équipe n'a pas formulé de plan d'action ou de plan d'amélioration continue de la qualité qui énoncerait les buts et les objectifs mesurables que l'équipe désire effectuer dans les mois et années à venir.

Lorsqu'on questionne l'équipe, elle a tout de même certains projets d'amélioration qu'elle a inventoriés dans une liste, mais qu'il faudrait formaliser en plan d'action avec des échéanciers et des mesures afin d'en assurer le plein succès.

## Processus prioritaire : Compétences

L'unité fonctionne très bien en collaboration, de la gestion aux équipes de terrain. Les rôles et responsabilités sont bien connus de tous et bien documentés. Le comité de chirurgie est multidisciplinaire et la communication est très fluide entre tous les membres de l'équipe. Le comité se rencontre régulièrement et travaille ensemble pour gérer les problèmes quotidiens et aussi pour discuter et trouver des pistes de solution lors d'enjeux plus importants. L'infirmière-chef du bloc opératoire travaille en étroite collaboration avec les chefs de département de chirurgie et d'anesthésie. La charge de travail est revue régulièrement et prise en compte lors de la planification de l'horaire hebdomadaire. Au niveau des équipes, une belle collaboration et une convivialité entre tous les membres de l'équipe sont observées.

L'unité bénéficie d'une monitrice clinique qui veille à la formation du personnel et au maintien des compétences. À cause de la vocation surspécialisée de l'organisation et aussi des plateaux hautement techniques dans tout le bloc opératoire la formation du personnel infirmier et d'autres a été développée spécifiquement pour répondre aux besoins de l'unité. Ainsi pour les infirmières qui ont déjà une expérience de salle d'opération un programme spécifique à la chirurgie cardiaque a été développé. L'unité a aussi développé un programme de formation pour le personnel infirmier qui n'a aucune expérience en salle d'opération. Ce programme est plus rigoureux et plus long, mais a eu du succès comme stratégie de recrutement du personnel pour l'unité.

Le personnel reçoit aussi du perfectionnement ciblé comme lors d'acquisition de nouvel équipement ou de technologie. Par exemple, de nouvelles pompes à perfusion ont été acquises par le département. Bien avant l'arrivée des pompes le personnel a eu droit à de la formation en ligne pour évaluer le côté des connaissances et par la suite a reçu des formations pratiques avec le nouvel équipement. Le personnel a aussi accès à des formations cliniques à l'interne.

Le personnel questionné connaît très bien les politiques organisationnelles sur le signalement des événements et incidents.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bloc opératoire comprend les services de chirurgies, d'électrophysiologie et d'hémodynamie. Les listes d'attente sont gérées par chaque service.

Le comité de chirurgie se penche sur le volume d'activités des semaines précédentes et considère les activités planifiées pour la semaine suivante et tient en considération l'état des soins intensifs et de l'unité de soins.

L'unité effectue les chirurgies dans un bloc opératoire de haute pointe qui a été rénové il y a 4 ans. L'unité a fait un projet Kaizen qui a amené des améliorations importantes au niveau du déroulement des services avec pour résultats d'augmenter grandement l'efficacité du bloc opératoire, de diminuer les annulations et les reports de chirurgie et d'augmenter la satisfaction du personnel du bloc.

La liste de vérification est très bien implantée et utilisée. L'équipe la peaufine constamment selon des observations et les suggestions des membres de l'équipe. On souligne en particulier l'utilisation de la rétroaction en post opératoire qui est bien fait et aussi le temps d'arrêt qui est très bien exécuté.

Tout est consigné dans le dossier électronique du patient au bloc opératoire.

Les patients sont évalués en externe et reçoivent des renseignements et de l'enseignement en prévision de leur intervention. Des guides sont remis aux patients qui ont certaines consignes à suivre en prévision de leur intervention, ou de l'information sur les attentes en post-intervention comme le guide d'information sur la coronographie et la dilatation coronarienne; le guide au patient et à sa famille à la suite d'un syndrome coronarien aigu; partir chez vous avec une TAVI; sur l'implantation d'un cardiostimulateur permanent ou d'un défibrillateur.

Tous les cas de chirurgies sont transférés aux soins intensifs, car il n'y a pas de salle de réveil comme telle. La salle de soins intensifs est localisée dans l'unité des soins critiques et le transfert se fait par l'anesthésiste qui communique l'information selon une liste de vérification normalisée afin d'assurer le transfert de toute information critique à l'équipe de soins.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont bien tenus. En périopératoire, l'équipe s'assure que le consentement est consigné au dossier. L'équipe a mis en place des procédures pour obtenir des consentements additionnels. En plus du consentement à l'acte chirurgical, elle obtient le consentement à la transfusion sanguine et aussi pour des prélèvements sérologiques pour des circonstances où il serait nécessaire d'obtenir le consentement du client.

Avec l'équipe des soins critiques, le système informatisé SEMi a été implanté. C'est un système de gestion du dossier patient informatisé spécialisé pour des unités de soins comme les soins intensifs, les soins continus, les unités coronariennes, etc. Ce système permet de pousser des informations du bloc opératoire au dossier du patient en temps réel pour mieux appuyer l'aide à la décision du personnel soignant et aussi d'améliorer les communications lors du transfert des patients. Ce système est interfacé avec tous les autres systèmes de l'Institut.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de la sécurité est bien développée au sein de l'équipe. On sent une préoccupation et une réflexion de la sécurité du patient dans toutes les démarches et initiatives que l'équipe entreprend. Il y a une transparence qui est apparente comme en témoignent comme le nombre de signalements de situations échappées belles ainsi que le travail d'équipe qui se fait pour trouver des pistes de solution.

Puisque l'Institut a un volet important de recherches, les équipes sont très à l'affût et collaborent très bien aux projets de recherches qui sont tous conformes à l'éthique.

Plusieurs mesures sont en place pour donner de l'information aux équipes sur la qualité des services, mais elles ne sont pas colligées à l'intérieur d'un cadre de mesures de rendement ou de la performance. L'équipe est encouragée à bien identifier les indicateurs qu'elle désire mesurer afin de bien communiquer les résultats de leur plan d'amélioration continue de la qualité. Par exemple pour un objectif d'augmenter ou d'améliorer

l'accès aux services, les temps d'attente étaient mesurés; pour un objectif de prévenir les complications secondaires aux interventions on mesurerait et on rapporterait le taux d'infection périopératoire et postopératoire ou des taux de complications, etc.

### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion des médicaments au bloc respecte toutes les normes et ne présente aucun soucis.



2.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>   |                            |
| 1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé. |                            |
| 2.1 L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.   | !                          |
| 4.3 L'équipe dispose d'un programme structuré pour assurer le maintien des compétences des membres de l'équipe, y compris l'évaluation de leurs connaissances théoriques et pratiques sur les services transfusionnels par le biais de diverses techniques.   |                            |
| 4.6 L'équipe participe à un programme de vérification des compétences qui comprend la prise de mesures correctives lorsque les résultats des évaluations des compétences sont insatisfaisants.  |                            |
| 4.7 L'équipe dispose d'un système qui évalue régulièrement l'efficacité de ses activités de formation et d'évaluation des compétences.  |                            |
| 5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.   |                            |
| 6.3 L'organisme limite aux membres autorisés de l'équipe l'accès aux aires de travail réservées aux services transfusionnels.   | !                          |
| 6.6 L'équipe se conforme à des procédures de sécurité à l'égard des produits biologiques, y compris des précautions universelles, lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques.  | !                          |
| 17.6 L'équipe suit une PON pour le transport des composants sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme.   | !                          |
| 21.2 L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.                                 | !                          |
| 21.3 Il existe une procédure pour informer les receveurs sur les produits sanguins qu'ils ont reçus et qui comprend l'ajout d'une note au dossier de l'utilisateur.   | !                          |
| 21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.   | !                          |

22.3 Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information.



25.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.

25.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.

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

**Processus prioritaire : Services transfusionnels**

Les services transfusionnels de l'Institut de cardiologie de Montréal sont composés de personnel très professionnel, compétent, engagé et hautement polyvalent. Les procédures sont appliquées avec rigueur. Les utilisateurs ont mentionné leur très grande satisfaction envers les services transfusionnels quant à la qualité de ses services, à l'implication et à l'accessibilité du personnel technique.

Nous avons aussi constaté le travail remarquable entrepris, depuis la dernière année, afin d'effectuer la révision des PONs. Les PONs n'ont pas seulement été révisées, mais ont été bonifiées par l'ajout de pictogrammes détaillés. En plus, des instructions de dépannage pour des situations inhabituelles ont été élaborées afin de soutenir le personnel et assurer la sécurité des patients. Il demeure par contre qu'il reste encore quelques PONs à être révisées et à rédiger selon le format défini par les normes du laboratoire.

Le personnel porte les vêtements et l'équipement de protection individuelle (ÉPI) par contre, il aurait lieu de définir les circonstances où le port des gants est obligatoire pour les produits biologiques. L'organisme est invité à réévaluer l'accès limité aux services transfusionnels, car à plusieurs reprises du personnel non autorisé circule dans le secteur.

Le personnel est très bien encadré et soutenu par des professionnels. Soulignons l'implication très appréciée de certains autres professionnels de l'établissement afin de diminuer et de gérer l'administration des produits sanguins pour les bienfaits des patients. L'acquisition et la mise en place de l'équipement Rotem ont permis l'analyse en temps réel de la détermination du temps de formation et de lyse du caillot par thromboélastométrie. Cette nouvelle acquisition a diminué d'un tiers (1/3) les produits administrés aux patients. Le secteur est très innovateur et des problématiques récurrentes telles que la conception et la mise en place du livret du formulaire d'enregistrement d'une demande verbale de produits sanguins ont été élaborées. Un plan de contingence a été élaboré et implanté lors de panne du logiciel Traceline afin de pouvoir rapidement récupérer les informations des patients qui sont programmés pour être transfusés le jour même.

À la suite de plusieurs traceurs de transfusion de produits sanguins, le professionnalisme du personnel infirmier et surtout le respect envers les patients étaient remarquables. Par contre, une certaine rigueur devrait permettre le déploiement des dépliants « réponse à vos questions » qui contiennent toutes les informations requises pour les patients au sujet des produits sanguins. Par ailleurs, le personnel est invité à informer les patients des produits reçus durant leurs séjours ou leur visite à l'établissement.

La vérification des produits sanguins devrait s'effectuer au chevet du receveur et non pas au poste des infirmières tel qu'observé durant trois (3) des cinq (5) traceurs.

Malgré les efforts majeurs et les modifications apportées pour instaurer la conformité du consentement à la transfusion, des améliorations ont été observées, mais il demeure que le tout n'est pas encore respecté. Les services transfusionnels sont très au fait de cette problématique. L'équipe est invitée à continuer ses efforts afin d'inclure le consentement à la transfusion sur le formulaire de consentement de l'établissement qui sera déployé prochainement.

2.2.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

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

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

|   |  |
|---|--|
| <p>10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p> |  |
|---|--|

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'équipe est préoccupée par l'amélioration continue des services offerts en clinique externe et explore plusieurs opportunités de réorganisation de ses services avec buts d'optimiser son fonctionnement, d'uniformiser ses procédures, d'améliorer la gestion des rendez-vous ainsi que l'accès aux services en temps opportun. Un projet de regroupement des cliniques a été implanté afin de regrouper les cliniques sous la direction des services multidisciplinaires. Un comité de service ambulatoire stratégique guide le processus de révision des services.

Il est à noter qu'il y a une collaboration entre les équipes multidisciplinaires et des liens efficaces avec les consultants.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe a mentionné avoir accès à de la formation continue notamment sur les soins centrés sur le patient et sa famille, le code d'éthique, la sécurité des patients, gestion de risque, et la prévention des chutes. Les médecins rencontrés ont mentionné que l'équipe multidisciplinaire a accès à des groupes de discussion de « lecture santé » à des revues de littérature, à des réunions Grand Rounds, et à des congrès sur les soins cardiovasculaires.

Il est à noter que les cliniques n'utilisent pas les pompes intelligentes ou les pompes à perfusion contrôlées. Donc, cette dernière n'est pas remise au patient. La clinique d'insuffisance cardiaque utilise depuis un an une nouvelle pompe microperfuseur ESP 60 pour l'administration intraveineuse de Lasix. Les infirmières ont confirmé qu'elles ont reçu de la formation.

La satisfaction des patients est évaluée tous les quatre ans à l'aide d'un sondage d'Agrément Canada. L'équipe a mentionné qu'un sondage maison est aussi utilisé et qu'il y a une opportunité d'augmenter la fréquence de la collecte de commentaires. Avec la réorganisation des services des cliniques externes, l'équipe de soins ambulatoires est encouragée à développer un processus structuré avec une fréquence régulière d'évaluation de ses services par ses partenaires internes et externes et par les usagers.

Les patients rencontrés ont mentionné qu'ils constatent une belle approche collaborative de l'équipe prestataire de soins et de service cléricaux.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a développé un plan d'action sur l'optimisation des processus en soins ambulatoires avec des buts pour améliorer l'accès aux services. Le plan est bien structuré et comprend des objectifs précis, des actions, des indicateurs de mesure et un échéancier.

L'équipe a présenté un sommaire d'un projet d'amélioration de la qualité des services qui est en cours. Il est à noter que la cartographie détaillée de déroulement du processus global des 23 cliniques de cardiologie générale, de génétique cardiovasculaire, d'hématologie, des problèmes congénitaux, d'insuffisance cardiaque, de suivi systématique et de plusieurs autres a été réalisée. L'équipe a mentionné que la prochaine étape consiste à analyser les processus et à identifier des possibilités d'amélioration.

Bien que l'équipe mentionne que la nouvelle politique de l'organisme sur le bilan comparatif des médicaments n'a pas été implantée et que les soins ambulatoires seront les prochains à revoir les processus du bilan comparatif des médicaments, il est à noter que l'équipe d'insuffisance cardiaque a un processus structuré qui démontre la collection d'informations pertinentes sur les médicaments en cours par le patient, le pharmacien de la communauté, et le dossier antécédent qui est informatisé, la comparaison et la communication du bilan comparatif entre les prestataires. La revue du bilan est répétée à chaque visite.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Lors des visites en cliniques externe notamment les cliniques générales et d'insuffisance cardiaque, il a été constaté que la documentation de l'état du patient et de son progrès est mise à jour à chaque visites par les membres de l'équipe prestataire. Le dossier est informatisé à la clinique d'insuffisance cardiaque.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe recueille des commentaires de satisfaction des patients et des renseignements sur les indicateurs de résultats notamment des indicateurs de gestion des services. Des activités d'amélioration avec but d'améliorer l'accès aux services ambulatoires ont été présentées au comité des usagers. Le comité des usagers a dénoté le besoin d'améliorer l'accès au cardiologue et de réduire la liste d'attente.

### Section 3 Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

#### 3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- Période de collecte de données : 20 février 2015 au 20 mars 2015
- Nombre de réponses : 12

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

|  | % Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord   | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
|  | Organisation   | Organisation | Organisation |                                 |
| 1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.   | 8              | 0            | 92           | 93                              |
| 2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.  | 8              | 0            | 92           | 96                              |
| 3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.   | 0              | 0            | 100          | 97                              |
| 4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3) | 8              | 8            | 83           | 94                              |

|   | % Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord   | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
|   | Organisation   | Organisation | Organisation |                                 |
| 5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.                          | 17             | 8            | 75           | 93                              |
| 6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.   | 0              | 17           | 83           | 95                              |
| 7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.   | 0              | 8            | 92           | 97                              |
| 8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).                | 0              | 8            | 92           | 97                              |
| 9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.   | 0              | 0            | 100          | 94                              |
| 10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.   | 0              | 8            | 92           | 95                              |
| 11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.  | 17             | 17           | 67           | 90                              |
| 12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.  | 0              | 8            | 92           | 93                              |
| 13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent. | 0              | 18           | 82           | 96                              |
| 14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.   | 17             | 42           | 42           | 90                              |
| 15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.   | 0              | 0            | 100          | 97                              |
| 16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.   | 0              | 33           | 67           | 96                              |

|  | % Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord   | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
|  | Organisation   | Organisation | Organisation |                                 |
| 17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.   | 0              | 0            | 100          | 98                              |
| 18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.   | 8              | 42           | 50           | 83                              |
| 19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.  | 8              | 50           | 42           | 71                              |
| 20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.  | 9              | 64           | 27           | 66                              |
| 21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.                                | 8              | 58           | 33           | 79                              |
| 22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.   | 30             | 50           | 20           | 62                              |
| 23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.   | 8              | 50           | 42           | 79                              |
| 24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté. | 0              | 25           | 75           | 81                              |
| 25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.   | 17             | 42           | 42           | 69                              |
| 26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.  | 0              | 0            | 100          | 96                              |
| 27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.  | 8              | 50           | 42           | 90                              |
| 28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.  | 0              | 0            | 100          | 96                              |



|   | % Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord   | % D'accord<br>* Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|------------------------------------|
|   | Organisation   | Organisation | Organisation |                                    |
| 29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.  | 0              | 0            | 100          | 88                                 |
| 30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.            | 0              | 8            | 92           | 95                                 |
| 31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience. | 0              | 25           | 75           | 91                                 |
| 32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.   | 8              | 33           | 58           | 87                                 |
| 33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.                                       | 0              | 25           | 75           | 94                                 |
| 34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.   | 0              | 25           | 75           | 93                                 |
| 35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.  | 0              | 8            | 92           | 95                                 |
| 36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.  | 8              | 17           | 75           | 91                                 |
| 37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.  | 9              | 27           | 64           | 93                                 |

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

### 3.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

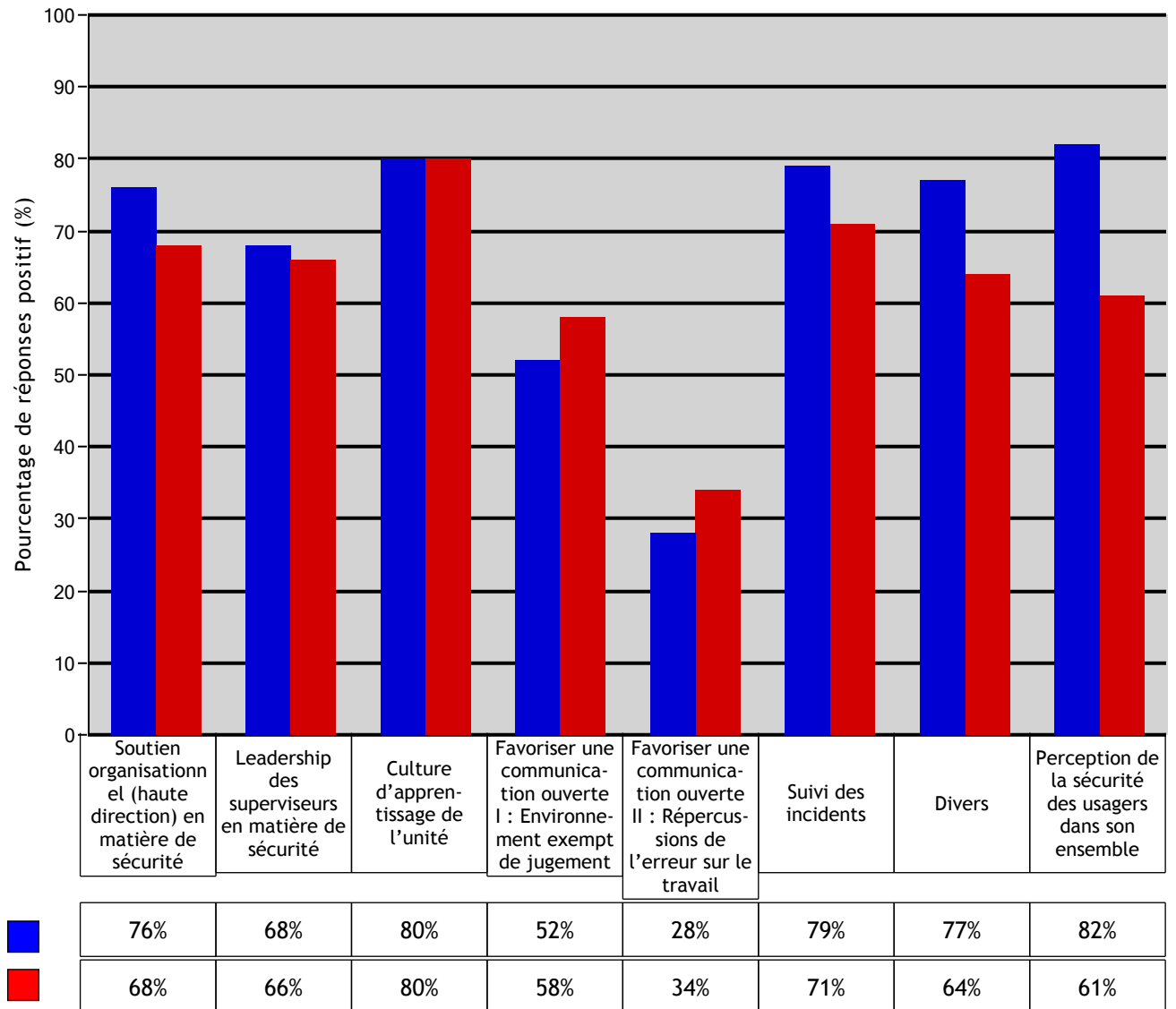
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 16 mars 2015 au 8 mai 2015
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 245
- Nombre de réponses : 584

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



### Légende

- Institut de cardiologie de Montréal
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## 3.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

L'organisme a utilisé un questionnaire de remplacement approuvé par Agrément Canada pour évaluer la qualité de vie au travail. Il a fourni à Agrément Canada les résultats découlant de cet outil et il a eu l'occasion de cerner ses points forts ainsi que de voir aux possibilités d'amélioration. Pendant la visite d'agrément, les visiteurs ont examiné les mesures prises par l'organisme.

### 3.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

**Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences**, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

**Partage d'information, communication et enseignement**, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

**Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre**, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

**Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne**, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

| Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur   |          |
|--|----------|
| L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément. | Conforme |
| L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.   | Conforme |

## Annexe A Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

### Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

## Annexe B Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

| Processus prioritaire   | Description  |
|---|--|
| Capital humain  | Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.  |
| Cheminement des clients   | Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.                                  |
| Communication   | Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.   |
| Environnement physique  | Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.                            |
| Équipement et dispositifs médicaux                                  | Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.  |
| Gestion des ressources  | Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.   |
| Gestion intégrée de la qualité                                      | Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.      |
| Gouvernance   | Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.   |
| Planification et conception des services                            | Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies. |
| Préparation en vue de situations d'urgence                          | Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.   |
| Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.   |

### Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

| Processus prioritaire           | Description   |
|---------------------------------|---|
| Gestion des maladies chroniques | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |

| Processus prioritaire               | Description  |
|-------------------------------------|--|
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation. |

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

| Processus prioritaire                       | Description   |
|---|---|
| Aide à la décision                          | Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.  |
| Analyses de biologie délocalisées           | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.   |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.  |
| Compétences                                 | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.   |
| Don d'organes (donneur vivant)              | Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do |
| Dons d'organes et de tissus                 | Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.   |
| Épisode de soins                            | Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.   |
| Épisode de soins primaires                  | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.  |
| Gestion des médicaments                     | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.   |
| Impact sur les résultats                    | Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.  |
| Interventions chirurgicales                 | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.  |
| Leadership clinique                         | Diriger et guider les équipes qui offrent les services.   |



| Processus prioritaire                  | Description  |
|--|--|
| Prévention des infections              | Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.                                   |
| Santé publique                         | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| Services de diagnostic - Imagerie      | Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                  |
| Services de diagnostic - Laboratoire   | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                           |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.   |