



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 : 5 au 9 février 2012*

*Date de production du rapport : 8 mars 2012*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services*

*Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par 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 2012. 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.

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

## 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 clients, à la communauté et aux autres partenaires.

*Agrément Canada est un organisme sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de services de santé un processus d'agrément rigoureux et exhaustif. Il favorise l'amélioration continue de la qualité au moyen de normes fondées sur des données probantes et d'un examen mené par des pairs de l'externe. Agréé par l'International Society for Quality in Healthcare, Agrément Canada aide les organismes à viser l'excellence depuis plus de 50 ans.*

## 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 l'Institut de cardiologie de Montréal 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 recevons 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.



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale

## Section 1 Sommaire

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. Les organismes agréés par Agrément Canada sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. Après qu'une auto-évaluation ait été effectuée en profondeur, des visiteurs formés à cet effet et qui proviennent d'organismes de santé agréés vont mener une visite dans l'organisme pour en évaluer le rendement par rapport aux normes d'excellence d'Agrément Canada.

Institut de cardiologie de Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Ce rapport d'agrément 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 Institut de cardiologie de Montréal pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

### 1.1 Décision relative au type d'agrément décerné









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

Agréé

### 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. Ce tableau énumère les dimensions de la qualité et illustre combien des critères qui se rapportent à chacune d'entre elles ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet pendant la visite d'agrément.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	51	1	0	52
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	83	0	0	83
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	451	28	32	511
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	90	9	1	100
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	97	5	3	105
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	33	0	3	36
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	657	72	15	744
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	63	2	2	67
<b>Total</b>	<b>1525</b>	<b>117</b>	<b>56</b>	<b>1698</b>

## 1.4 Analyse selon les normes

Les normes d'excellence du programme 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 contribuent à atteindre le but visé par 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 la direction, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de clientèles, de secteurs et de services bien précis. Les sections de normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des sections de normes qui ont servi à évaluer les programmes et 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 cotés sans objet.

Section de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Normes relatives à l'ensemble de l'organisme</b>									
Gouvernance durable	23 (100%)	0 (0%)	0	66 (97%)	2 (3%)	0	89 (98%)	2 (2%)	0
Efficacité organisationnelle	49 (88%)	7 (13%)	1	48 (98%)	1 (2%)	0	97 (92%)	8 (8%)	1
<b>Normes sur l'excellence des services</b>									
Prévention des infections	57 (100%)	0 (0%)	0	44 (100%)	0 (0%)	2	101 (100%)	0 (0%)	2
Banques de sang et services transfusionnels	26 (84%)	5 (16%)	11	15 (100%)	0 (0%)	2	41 (89%)	5 (11%)	13
Laboratoires et banques de sang	58 (73%)	22 (28%)	1	67 (71%)	27 (29%)	1	125 (72%)	49 (28%)	2
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	34 (92%)	3 (8%)	2	29 (64%)	16 (36%)	3	63 (77%)	19 (23%)	5
Normes d'imagerie diagnostique	48 (92%)	4 (8%)	1	44 (88%)	6 (12%)	2	92 (90%)	10 (10%)	3

Section de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Normes sur l'excellence des services</b>									
Normes de gestion des médicaments	73 (96%)	3 (4%)	7	50 (96%)	2 (4%)	0	123 (96%)	5 (4%)	7
Normes relatives aux salles d'opération	70 (100%)	0 (0%)	2	30 (100%)	0 (0%)	0	100 (100%)	0 (0%)	2
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	37 (97%)	1 (3%)	2	57 (97%)	2 (3%)	0	94 (97%)	3 (3%)	2
Services de chirurgie	38 (100%)	0 (0%)	0	65 (100%)	0 (0%)	1	103 (100%)	0 (0%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	14 (88%)	2 (13%)	0	32 (91%)	3 (9%)	1	46 (90%)	5 (10%)	1
Services de médecine	31 (89%)	4 (11%)	1	67 (97%)	2 (3%)	1	98 (94%)	6 (6%)	2
Services de soins intensifs	37 (100%)	0 (0%)	0	92 (100%)	0 (0%)	2	129 (100%)	0 (0%)	2
Services des urgences	35 (100%)	0 (0%)	0	85 (100%)	0 (0%)	1	120 (100%)	0 (0%)	1
Soins ambulatoires	38 (95%)	2 (5%)	5	66 (96%)	3 (4%)	7	104 (95%)	5 (5%)	12
<b>Total</b>	<b>668 (93%)</b>	<b>53 (7%)</b>	<b>33</b>	<b>857 (93%)</b>	<b>64 (7%)</b>	<b>23</b>	<b>1525 (93%)</b>	<b>117 (7%)</b>	<b>56</b>

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Dans le programme Qmentum, une pratique organisationnelle requise (POR) se définit comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité, lesquels sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. Il faut répondre aux exigences de tous les tests pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des POR et de la cote attribuée à chacune d'entre elles pendant la visite.

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Efficacité organisationnelle)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1



Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 5	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Efficacité organisationnelle)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Normes d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Normes d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Efficacité organisationnelle)	Conforme	0 sur 0	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Efficacité organisationnelle)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Efficacité organisationnelle)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : rôles et responsabilités (Efficacité organisationnelle)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Directives sur la prévention des infections (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antigrippal (Prévention des infections)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Normes d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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

Pendant la visite d'agrément, 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.

L'établissement a fait un travail sérieux et important depuis la dernière visite d'agrément. Un nouveau directeur général a été nommé et l'établissement actualise l'exercice de planification stratégique établi pour les années 2010-2015, lequel définit un nouvel énoncé de mission, vision, valeurs et présente des orientations et des enjeux stratégiques soutenus par un plan d'action.

Le plan de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de l'agrément à toutes les catégories d'employés sont éloquentes.

Lors des entrevues, les professionnels ont exprimé les bénéfices sur la sécurité pour la clientèle et pour les équipes tout en étant un facteur de mobilisation. Ces derniers nous ont également souligné leur satisfaction du climat de travail et la mobilisation des équipes.

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'est établie selon un processus rigoureux et intègre les priorités identifiées. Toutes les directions-soutien établissent leur programmation en lien avec le soutien attendu des équipes cliniques. Le processus de planification et de contrôle financier est rigoureux et déployé au sein de toutes les directions. Des conseillers financiers sont attirés à chaque direction et supportent adéquatement les cadres dans toutes les étapes du processus de gestion financière. Des outils performants d'analyse de coûts moyens sont déployés et contribuent à l'optimisation de l'utilisation des ressources.

La documentation financière transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs de coûts plus vulnérables. Les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation d'un plan de relève.

Les membres du conseil ont mentionné qu'il serait pertinent de recevoir de la formation spécifique concernant le cadre législatif et réglementaire du réseau de la santé, de même que de recevoir de l'information sur l'organisme, ses secteurs d'activités et sur les pratiques de gouvernance.

Un plan directeur immobilier et un programme d'investissements en équipements ont été élaborés et prévoient les besoins d'infrastructures, les technologies et les modes d'intervention et les équipements médicaux nécessaires à la réalisation des orientations identifiés à la planification stratégique.

Les travaux du BETMIS sont notés avec appréciation comme outil à la prise de décision en vue d'implanter une nouvelle technologie ou une pratique de soins. L'organisme est invité à considérer la participation de l'éthicienne désignée par le conseil d'administration au sein du comité consultatif du BETMIS pour adresser les problèmes et les préoccupations liés à l'éthique.

La révision du mandat, la constitution et le fonctionnement du comité d'éthique clinique et la collaboration avec AQEC viennent confirmer l'engagement de l'organisme pour examiner et accompagner ses équipes de professionnels à l'égard des préoccupations éthiques. L'organisme est invité à adopter le projet de règlement concernant la mise en place du comité et à lui fournir le soutien nécessaire à l'actualisation du plan de formation proposé.

La planification stratégique de la direction des ressources humaines prend en compte la mise en place de stratégies d'attraction et de rétention des employés, la gestion efficace des ressources, la fidélisation et le

développement organisationnel. Par ailleurs, le programme de développement des compétences des cadres et particulièrement le parcours de développement de compétences à moyen et long terme prévoit outiller les cadres.

La qualité du programme d'intégration des nouveaux employés est à souligner. Les jeunes infirmières nous ont manifesté leur appréciation de la très grande disponibilité et du soutien des cliniciennes et l'accès à des formations variées, incluant la possibilité de participer à des congrès. La qualité du programme d'intégration est un facteur important de rétention. Le programme et les stratégies de recrutement et de dotation élaborés par la direction des ressources humaines et la direction des communications sont une réalisation digne de mention.

Il a été constaté que l'appréciation de la contribution du personnel demeure un défi pour l'organisation, quoique quelques directions aient implanté cette pratique pour l'ensemble de leurs employés.

Le processus de gestion des séjours est efficace et bien intégré dans les pratiques de gestion. L'introduction de la fonction de gestionnaire de cas et le soutien des équipes en lien avec des clients considérés comme de hauts consommateurs de ressources, en attente d'hébergement ou de réadaptation et des admissions répétées de 24 à 48 heures introduit une philosophie de prise en charge en lien avec les meilleures pratiques qui génèrent des gains de qualité et d'efficacité.

La vocation des unités de soins varie et le personnel est formé selon la vocation de l'unité dans laquelle il œuvre. La qualité des soins prodigués est très bonne. Le suivi systématique de la clientèle est très bien structuré et il est un gage de la qualité des soins.

Le bloc opératoire inauguré très récemment est doté des équipements à la fine pointe de la technologie. L'organisation du travail et la planification des programmes se font en tenant compte de la disponibilité des lits aux unités de soin et assurent un fonctionnement harmonieux.

L'établissement devrait mettre en oeuvre un système de traçabilité des instruments. Les règlements du bloc opératoire datent de 1995 et devraient être revus. Le comité du bloc opératoire devrait être remis en fonction, ses mandats définis et ses objectifs précisés.

#### L'urgence

Il a été constaté que l'urgence débordait avec trente-cinq patients dont certains occupent des civières dans les corridors. Les dossiers des patients sont informatisés et chacune des infirmières est munie d'un ordinateur. Nous avons constaté que le local du matériel stérile et souillé est le même : cette situation devrait être corrigée rapidement. Les mesures de sécurité sont bien connues de même que la consigne du lavage des mains et de la tenue vestimentaire à observer lors de la visite des patients chez qui une infection est suspectée ou confirmée. Le respect de ces consignes et protocoles n'est pas observé de façon uniforme.

#### La prévention des infections

L'équipe de prévention des infections exerce son rôle de façon exemplaire. Elle assume la surveillance des infections, la documente et distribue à tous les intéressés les résultats de ses enquêtes. L'équipe élabore les divers protocoles de prévention et effectue la surveillance de la conformité aux directives distribuées dans tous les secteurs de l'établissement et documente cette conformité.

#### Soins intensifs

Une monitrice clinique donne la formation aux nouvelles infirmières et assume la formation continue du personnel dans les trois unités de soins intensifs. Les infirmières et le personnel sont encouragés à assister à des conférences, colloques et congrès. L'organisation du travail, la standardisation des protocoles de soins et la planification collégiale des programmes chirurgicaux tenant compte de la disponibilité des ressources assurent un fonctionnement plus harmonieux.



## Environnement physique

Annuellement, des audits sont réalisés pour chaque employé de l'hygiène salubrité afin de s'assurer de l'atteinte des standards de pratique et de permettre à ce dernier d'identifier les zones d'amélioration.

Le défi pour les services techniques est d'assurer les besoins de maintenance devant l'augmentation des superficies.

## Soins ambulatoires

Il faut souligner des plans d'amélioration de qualité dans les services ambulatoires qui intègrent les pratiques organisationnelles requises sur la stratégie de prévention des chutes. On observe une préoccupation concernant le risque de chute des clientèles des secteurs desservis. Les défis seront de maintenir la pratique organisationnelle requise de recourir aux deux identificateurs avant d'administrer des médicaments.

## Imagerie diagnostique

On note que la satisfaction des clients demeure élevée, soit à 94 %. Bien que les politiques et les procédures consultées aient été révisées, l'organisme est encouragé à les faire signer par le directeur médical et à les rendre disponibles au personnel.

## Préparation en vue des situations d'urgence

Des exercices d'évacuation ont pu être réalisés dans certains secteurs. Cependant, les unités de soins n'ont pu participer aux exercices d'évacuation en raison de la condition de santé des patients. L'organisme est encouragé à réaliser cet exercice. Des activités de formation ont été dispensées.

Le comité des mesures d'urgence est encouragé à tenir des réunions régulièrement étant donné que la dernière rencontre date de mai 2010.

## Gestion intégrée de la qualité

Une analyse des événements sentinelles est réalisée par la gestionnaire des risques et les intervenants impliqués. Un suivi est fait régulièrement au Conseil d'administration.

Une analyse prospective a été réalisée dans le cadre de la stratégie de prévention des chutes; le plan est réalisé. Il est suggéré d'y intégrer des indicateurs de résultat. Le cadre conceptuel de gestion de la qualité devrait être finalisé.

## Stérilisation

Le service de stérilisation est un environnement à la fine pointe de la technologie avec de l'équipement qui répond aux besoins de l'établissement. L'utilisation d'ascenseurs séparés pour le transport de l'équipement propre et souillé aide à éviter la contamination croisée. Le rapatriement du nettoyage des bronchoscopes au service de stérilisation a répondu de façon appropriée à une recommandation de la visite précédente. De nouveaux stérilisateur à l'ozone seront installés sous peu et le programme de formation est prêt. Il y a moins de matériel envoyé en sous-traitance pour la stérilisation à l'oxyde d'éthylène, mais un contrat écrit devrait être établi. L'appréciation du rendement des employés n'a pas été faite de façon systématique depuis quelque temps et il serait bon de recommencer cette pratique.

## Communication

La communication externe semble efficace et l'information circule avec les partenaires notamment avec les écoles, les hôpitaux, la fondation et l'université. Pour la communication interne, on utilise des bulletins imprimés et distribués dans l'hôpital, des écrans dans les corridors, et des totems près des ascenseurs. La direction des communications et des partenariats est une petite équipe très impliquée qui a implanté plusieurs idées novatrices. L'équipe soutient les projets majeurs et a établi des plans de communication avec ses clients. L'utilisation des médias sociaux (Facebook) pour le recrutement aide à rejoindre différentes générations. Le

déploiement du système OACIS est une étape importante pour la création du dossier électronique. Les ressources informatiques ont été évaluées et la formation a été donnée. Les prochaines étapes notamment l'inclusion des données du laboratoire et de la pharmacie vont rendre le système de plus en plus indispensable. Le développement d'un intranet facilitera la communication à l'interne et l'accès aux ressources électroniques qui existent déjà.

## Gestion des médicaments

Plusieurs projets reliés à la gestion des médicaments vont améliorer la sécurité des patients grâce à la plus grande utilisation de nouvelles technologies. La présence de la liste de médicaments sur OACIS va améliorer l'accès à cette information à travers l'établissement. La présence de pharmaciens cliniciens sur la plupart des unités cliniques est un aspect important de la sécurité des patients. La pharmacie est très impliquée dans l'implantation du bilan comparatif des médicaments. Les assistants techniques capturent le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les pharmaciens complètent le bilan comparatif et soutiennent les médecins en préparant les ordonnances d'admission et de départ des patients sur certaines unités. Il y a plusieurs outils cliniques disponibles pour les professionnels de la santé, mais le formulaire des médicaments de l'organisme devrait être mis à jour, le dernier datant de 2009. Les chariots de médicaments qui sont dans les corridors des unités de soins devraient être verrouillés pour éviter l'accès aux médicaments par les patients et les visiteurs.

## Service de médecine

Les services fournis par les équipes de médecine sont alignés avec les orientations stratégiques de l'organisme. Les unités de médecine disposent d'équipes multidisciplinaires qui sont très engagées et impliquées dans le plan de soins des patients. Les membres ont une idée claire de leur rôle dans l'équipe et ils respectent l'opinion des autres.

Les pompes à perfusion sont standardisées dans l'organisme et les infirmières sont bien formées sur leur utilisation. Les unités évaluent leurs patients à l'arrivée et rassemblent l'information nécessaire aux soins appropriés. L'équipe établit le bilan comparatif à l'admission de manière efficace sauf durant les fins de semaine où les pharmaciens et les assistants techniques ne sont pas présents sur les unités de soins. Les membres de l'équipe entrent en contact avec l'équipe d'éthique clinique au besoin. L'équipe a une stratégie pour prévenir les chutes. Les employés n'ont pas eu d'appréciation de performance récente et il semble y avoir un désir chez les chefs d'unités de combler ce déficit. La plupart des patients reçoivent des anticoagulants à l'admission, mais il n'y a pas de processus clair pour évaluer le risque de thrombo-embolie veineuse chez les patients qui ne sont pas déjà anticoagulés. On donne de l'information verbale aux patients au sujet de leur rôle en matière de sécurité, mais il n'y a pas de documentation disponible par écrit. L'équipe a indiqué que de nouveaux livrets d'information seraient disponibles sous peu.

## Laboratoires de biologie médicale

Ce rapport ne concerne que les laboratoires de biologie médicale de l'organisation (anatomopathologie, biochimie, hématologie et microbiologie) sous la supervision du département de biologie médicale.

Le laboratoire dispose d'une équipe professionnelle compétente et dévouée, qui répond efficacement aux besoins de la clientèle avec les ressources humaines en place. Les pratiques professionnelles et les relations avec les autres départements sont bonnes. Les usagers du laboratoire montrent une grande appréciation des services fournis.

La direction de l'établissement devra s'assurer que les laboratoires cliniques sont en mesure de soutenir les projets d'innovations prévus à la planification stratégique de l'établissement pour assurer des soins de qualité et la sécurité des patients.

La mise sur pied d'un système structuré de gestion et d'amélioration de la qualité dans les laboratoires est incontournable. Celui-ci doit s'acquitter de tous les éléments de qualité reconnus.

Les visiteurs sont préoccupés par le fait que des analyses cliniques de diagnostic moléculaire sont réalisées au centre de recherche et parfois même à l'Université McGill. Ces centres de recherche ne sont vraisemblablement pas des laboratoires cliniques accrédités, ni ne sont supervisés par des professionnels de laboratoire reconnus par la loi médicale. Une des préoccupations est la rupture de la chaîne de responsabilité professionnelle entraînée par cette pratique. Pour les visiteurs, l'utilisation d'infrastructures de recherche pour réaliser des analyses à des fins cliniques, notamment avec un rapport dans le dossier médical du patient, n'est pas une pratique sécuritaire ni une pratique à encourager, a fortiori dans le contexte de la directive ministérielle du 3 novembre 2009 sur les « Analyses cliniques de biologie médicale effectuées dans un laboratoire de recherche » qui demande spécifiquement aux établissements de s'assurer que les analyses cliniques qui se font dans les laboratoires de recherche sont transférées dans le laboratoire clinique.

### Section 3 Résultats détaillés de la visite

Cette section fait état des résultats détaillés de la visite. Il importe d'examiner les résultats obtenus pour les normes sur l'excellence des services en même temps que ceux des normes relatives à l'ensemble de l'organisme, puisqu'ils sont complémentaires.

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 clients porte sur des critères provenant de plusieurs sections de normes qui touchent chacune à divers aspects du cheminement des clients, 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 du cheminement des patients dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

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.

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

Se reporter à l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE CETTE SECTION :** Les tableaux font état de tous les critères où il n'y a pas conformité dans chacune des sections de normes, précisent lesquels ont un niveau de priorité élevé (ce qui englobe les POR), et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR sont identifiés au moyen des symboles suivants :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**


Principal test de conformité à la POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité à la POR

### 3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
1.7 Quand les services de retraitement et de stérilisation sont offerts en sous-traitance par des fournisseurs de l'externe, l'organisme établit et maintient un contrat avec chacun d'eux, qui exige des niveaux de qualité constants et le respect des normes de pratique approuvées.	
1.9 Quand les services de retraitement et de stérilisation sont offerts en sous-traitance par des fournisseurs de l'externe, l'organisme revoit annuellement chaque contrat et consigne tous les éléments du contrat et des négociations dans ses dossiers.	
2.5 L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation.	

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

Le service de stérilisation s'est doté d'un environnement à la fine pointe de la technologie avec de l'équipement qui satisfait les besoins de l'organisme. L'utilisation d'ascenseurs séparés pour le transport de l'équipement propre et souillé aide à éviter la contamination croisée. Les recommandations de la visite précédente ont été suivies avec diligence. De nouveaux stérilisateur à l'ozon vont être installés sous peu et le programme de formation est déjà préparé. Il y a de moins en moins de matériel envoyé en sous-traitance pour la stérilisation à l'oxyde d'éthylène, mais un contrat écrit devrait être établi. Les procédures d'opération normalisées (PON) sont en place et l'utilisation de photos pour démontrer la préparation appropriée des caissons est très utile pour les employés. La contamination croisée dans les secteurs de stérilisation a été éliminée avec les nouveaux locaux. Les rappels dus aux problèmes reliés à la stérilisation sont tous documentés. Le rapatriement du nettoyage des bronchoscopes au service de stérilisation a aussi répondu à une recommandation de la visite précédente. L'appréciation du rendement des employés n'a pas été faite de façon systématique depuis quelque temps et il serait bon de relancer cette pratique. Les tables ajustables en hauteur aident à l'ergonomie.