



C♥DP | CONSEIL DES MÉDECINS
DENTISTES & PHARMACIENS
DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

Rapport Annuel 2021-2022



MEDICAL



Sommaire

Mot du Président 3

Le CMDP 4

Répartition des membres..... 5

Départements, Services et Cliniques 6

Les Comités 7

Liste des comités actifs..... 8

Comité exécutif..... 9

Les assemblées générales 14

Comité d'examen des titres..... 16

Nominations..... 17

Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique 19

Les études par critère explicite 21

Comité de médecine transfusionnelle..... 26

Comité d'admission et de séjour..... 28

Comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections..... 31

Comité de réanimation cardiorespiratoire..... 33

Comité de pharmacologie..... 35

Comité d'écho ciblée 38

Comité choc cardiogénique..... 40

États Financier 41

Mot du président



Chères, Chers collègues,

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel du CMDP qui met en lumière nos réalisations de l'année 2021-2022. Je m'estime privilégié de pouvoir représenter les membres de notre CMDP dans l'exercice de ce rôle inédit pour moi et je tiens à vous remercier de votre confiance.

La dernière année, tout comme la précédente, a été passablement marquée par l'épidémie de COVID-19. Malgré tout, le CMDP a été en mesure de poursuivre sa mission d'appréciation de la qualité de l'acte et s'est également investi dans d'autres tâches telles la mise à jour des règlements du CMDP, la réévaluation du processus de consentement et la mise à jour de la feuille sommaire.

Le succès de notre CMDP repose sur les efforts conjugués des membres du comité exécutif, des présidents de nos divers comités et de nos membres dans leur ensemble. Les événements des dernières années nous ont permis de constater à quel point il est essentiel pour la pérennité de la qualité de nos services de maintenir la fidélité et l'engagement de nos membres à poursuivre la mission d'excellence de l'ICM. Il nous apparaît donc essentiel de remercier tous les membres qui ont continué de croire en l'Institut et qui se sont impliqués en cette période particulière. Un merci également aux membres qui se sont joints à nous en 2021 et 2022, leur apport permettra de soutenir nos efforts dans l'atteinte de l'excellence.

Dans le même ordre d'idée, je tiens à féliciter plus spécifiquement les membres des comités qui sont demeurés présents tout au long de l'année. Une bonne partie des réalisations du CMDP repose sur vos épaules et sans votre implication nos réalisations seraient sûrement moins impressionnantes.

Cette année, nous avons accueilli, à titre de membre du comité exécutif, le Dr Bernard Thibault. Sa grande expérience, sa connaissance de notre milieu et son intérêt marqué ont contribué à l'avancement des différents dossiers du CMDP. En mon nom et aux noms des membres de l'exécutif, nous lui souhaitons la bienvenue.

Enfin, la prochaine année sera passablement occupée par le renouvellement des statuts et privilèges, mais aussi par la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail sur le consentement. Nous poursuivrons donc notre travail en 2022-23 avec détermination, et terminons celle-ci avec le sentiment du devoir accompli et le souhait que l'implication de tous se perpétue dans l'atteinte de l'excellence des soins qui fait la réputation de l'ICM.

A handwritten signature in black ink, reading "Denis Brouillette". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

M. Denis Brouillette

Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement.

Article 213 de la LSSSS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a comme responsabilité principale d'effectuer la surveillance de la qualité de la pratique professionnelle de ses membres. Il doit également :

- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique ;
- Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre ;
- Donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes :
 1. l'organisation technique et scientifique du centre ;
 2. les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues ;
- Faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre ;

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.

Article 214 de la LSSSS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens donne son avis au directeur général sur les aspects administratifs des questions suivantes :

- Les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le centre le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats ;
- Les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues ;
- L'organisation technique et scientifique du centre ;
- La distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que l'organisation médicale du centre.

Article 215 de la LSSSS

Répartition des membres du CMDP

En début d'exercice
(sans les membres honoraires)

226

Recrutés

7

5 spécialistes
1 pharmacien
1 omnipraticien

Départs

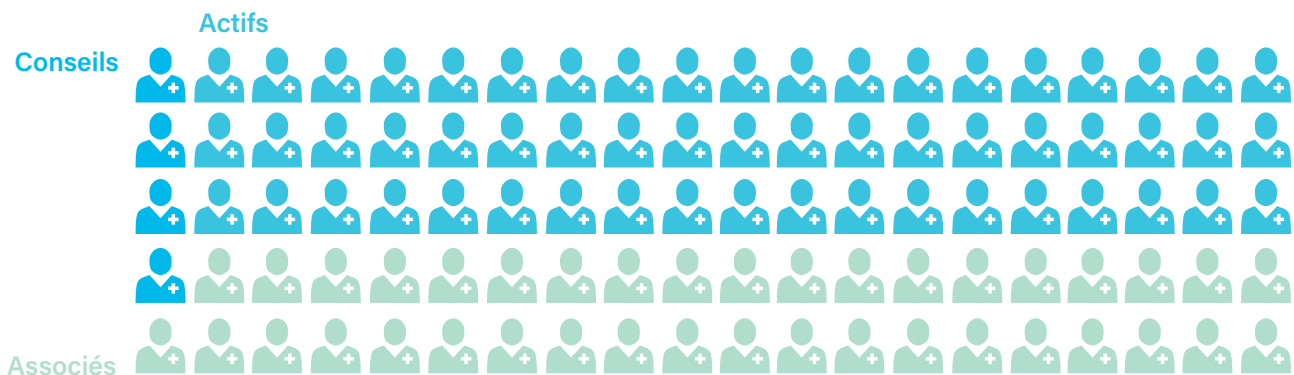
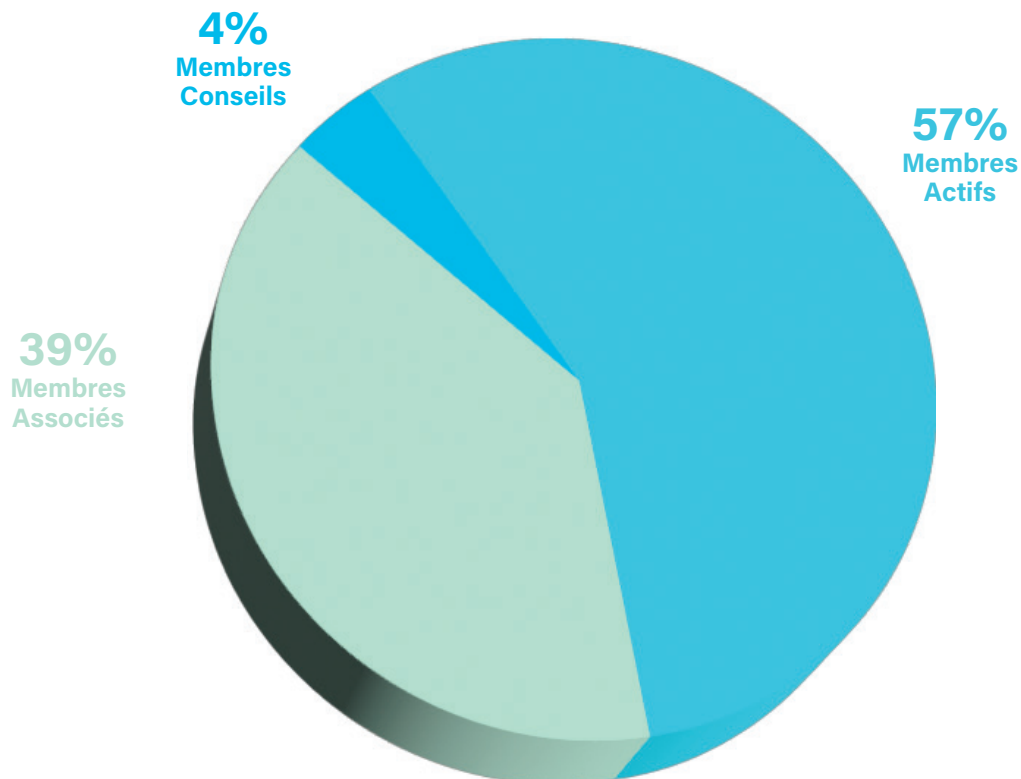
10

8 spécialistes
2 pharmaciens

En fin d'exercice

223

128 membres actifs
86 membres associés
9 membres conseils
(34 membres honoraires)



Liste des départements, services et cliniques

Département d'anesthésie

D^r Antoine Rochon, chef (avril 2022)

Département de chirurgie

D^r Philippe Demers, chef

D^r Yoan Lamarche, chef-adjoint

Soins intensifs chirurgicaux

D^r Yoan Lamarche, chef

Département de médecine spécialisée

D^r Peter Guerra, chef

Centre de cardiopathies congénitales adultes

D^{re} Annie Dore, directrice clinique

D^r Paul Khairy, directeur scientifique

Centre de génétique et cardiovasculaire

D^r Mario Talajic, responsable

Centre de prévention et réadaptation cardiovasculaire

D^r Martin Juneau, directeur

Clinique d'insuffisance cardiaque (CLIC)

D^{re} Anique Ducharme, responsable

Clinique des anticoagulants

D^{re} Eileen O'Meara, responsable

Greffe cardiaque

D^r Normand Racine, responsable

Service d'anatomopathologie

D^r Christian Couture, chef

Service d'électrophysiologie

D^r Laurent Macle, chef

Service d'hématologie et de microbiologie médicale

D^r Peter Guerra, chef

Service d'hémodynamie

D^r Jean-François Tanguay, chef

Service de cardiologie non invasive

D^r François-Pierre Mongeon, chef

Laboratoire de diagnostic moléculaire et de génétique des maladies cardiovasculaires

D^{re} Julie Amyot, cheffe

Service de médecine interne

D^r Shaun Selcer, chef

Service de prévention et de réadaptation cardiaque

D^r Philippe Lavoie-L'Allier, chef

Services ambulatoires

D^{re} Eileen O'Meara, cheffe

Services hospitaliers

D^{re} Christine Henri et D^r Mark Liszkowski, chefs

Soins intensifs cardiaques

D^r Mark Liszkowski, chef

Unité coronarienne

D^{re} Christine Henri, cheffe

Département de médecine d'urgence

D^{re} Julie Sirois-Leclerc, cheffe

Département d'imagerie médicale

D^r François Harel, chef

Service de médecine nucléaire

D^r Matthieu Pelletier-Galarneau, chef

Service de radiologie

D^r Donato Terrone, chef

Département de psychiatrie

D^{re} Judith Brouillette, cheffe

Clinique externe de cardio-psychiatrie

D^{re} Judith Brouillette, cheffe

Département de pharmacie

M^{me} Martine Lacroix, cheffe

Les Communités

Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

Liste des comités actifs 2021–2022

Comités prévus par la LSSSS

- Comité exécutif
- Comité d'examen des titres
- Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
- Comité de pharmacologie
- Comité de discipline

Comités créés par le CMDP

- Comité d'admission et de séjour
- Comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections
- Comité de réanimation cardiorespiratoire
- Comité de médecine transfusionnelle
- Comité Ordonnances pré-imprimées, Ordonnances collectives, Protocoles (COOP)
- Comité de programme des soins palliatifs et de fin de vie (relève conjointement du CMDP et de la DSI)
- Comité de choc cardiogénique
- Comité de radioprotection
- Comité des dons d'organes et de tissus
- Comité d'écho ciblée
- Groupe de travail sur le consentement
- Groupe de travail sur la feuille sommaire

Comité exécutif

Membres



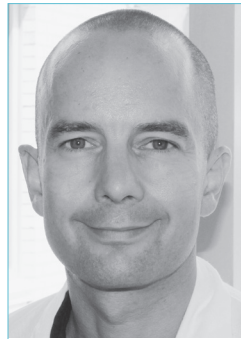
M. Denis Brouillette
Président



D^r Donato Terrone
1^{er} vice-président



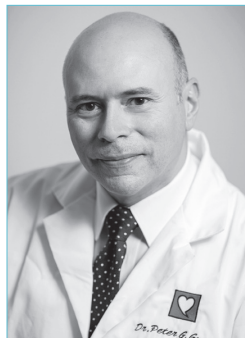
D^r Bernard Thibault
2^e vice-président



D^r Philippe Demers
Secrétaire



D^r Reda Ibrahim
Trésorier



D^r Peter Guerra
DSP par intérim



M^{me} Mélanie La Couture
Présidente-directrice générale

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Le comité exécutif a pour fonction de diriger et coordonner les activités des divers comités du CMDP et en analyser les rapports. Il doit également nommer les membres des comités du CMDP et veiller à leur remplacement. Il s'assure que la qualité et la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques font l'objet d'une évaluation continue et il doit prendre les dispositions appropriées pour en assurer le contrôle, notamment par la vérification de l'observance des règles de soins. Il fait également les recommandations nécessaires concernant la nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens dans l'établissement et voit à ce que les médecins, dentistes et pharmaciens participent à un programme de formation continue. Enfin, il forme un comité de discipline en cas de plainte contre un médecin, dentiste ou pharmacien.

(art. 98 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements)

Calendrier des réunions

Les membres du comité se sont réunis à 9 reprises durant l'année 2021-2022

- 22 septembre 2021
- 27 octobre 2021
- 24 novembre 2021
- 12 janvier 2022
- 9 février 2022
- 9 mars 2022
- 13 avril 2022
- 4 mai 2022
- 8 juin 2022

Objectifs CMDP 2021-2022

Le CMDP avait pour objectif cette année :

Mise à jour du règlement du CMDP

Une mise à jour du règlement du CMDP était nécessaire puisque la dernière remontait à 2016. Les principales modifications ont été présentées aux membres lors de l'assemblée générale annuelle du 16 juin 2022. Elles devront être approuvées par le Conseil d'administration lors d'une séance de l'automne 2022.

Mise à jour des règlements départementaux

Une révision des règlements départementaux s'imposait afin de mieux communiquer les différents éléments de gestion interne de ceux-ci. Considérant la situation de la crise sanitaire, il a été décidé de reporter cet objectif à l'année 2022-2023.

Rédaction des modalités de communication lors des appels au médecin de garde

Le chapitre sur les modalités de garde du règlement du CMDP s'est vu modifié pour y énoncer des modalités générales. Puisque chaque département a ses particularités en regard à l'application de la garde hospitalière, il a été demandé aux chefs de départements de rédiger des règles en conformité à celles-ci. Ces modalités seront incluses dans les règlements départementaux lors de leurs mises à jour.

Intégration d'un chapitre sur la surveillance de la qualité de l'acte aux règlements départementaux

Ce chapitre décrit l'intégration des outils de surveillance de la qualité de l'acte dans chaque département. La mise en place des différents outils, notamment les études par critère explicite, les indicateurs de qualité et les réunions de mortalité et morbidité est en cours. Ce chapitre sera intégré officiellement lors de l'approbation de la mise à jour des règlements départementaux durant l'une des séances du CA de 2022-2023.

Consentement

Mise en contexte :

Une lettre provenant du **D^r Yves Robert**, secrétaire au Collège des médecins du Québec datant du 13 octobre 2020, recommandait que le CMDP réévalue le processus de consentement dans la trajectoire de soins des procédures de TAVI à l'ICM et d'y intégrer les meilleures pratiques de consentement libre et éclairé. Un groupe de travail a été formé afin d'analyser la situation et de trouver des solutions.

Tenues des rencontres :

5 rencontres en groupe se sont tenues et quelques rencontres intermédiaires en petits groupes.

Lors de ces rencontres, une formation a été donnée aux membres sur les aspects légaux du consentement. Une stagiaire en éthique a également effectué une revue de littérature sur les meilleures pratiques pour communication de l'information en santé aux personnes âgées. Les discussions du groupe étaient articulées autour de la trajectoire pour les patients référés à la clinique TAVI.

Enjeux identifiés :

Voici les enjeux qui ont été identifiés par le groupe de travail :

- Clientèle âgée, fragile, difficultés de compréhension
- Références en médecine interne sont tardives dans le processus
- Trajectoire actuelle impacte la capacité de saisir l'information
- Enjeu de traçabilité du contenu de la divulgation des risques
- Famille gagnerait à être plus impliquée
- Les feuilles de niveaux de soins sont discutées et remplies par les hémodynamiciens pour tous les patients TAVI de façon systématique depuis plusieurs mois (Ø patients alternatifs). Difficulté de gestion des restrictions de soins perprocédure vs. post-procédure.

Orientations :

Récapitulatif des orientations prises par le groupe de travail :

- Recommandation aux cardiologues référents de compléter l'Essential Frailty Toolset (EFT)
- Recommandation aux cardiologues référents de discuter des niveaux de soins
- Référence plus précoce en médecine interne
- Découpage des visites pour l'évaluation en TAVI (patients région de Mtl)
- Transmission précoce de vidéos/dépliants informatifs pour patients + famille :
 1. Trajectoire pour évaluation TAVI + Explication de la procédure TAVI
 2. La prise de connaissance des outils d'information devient un prérequis à la prise de RV
- Élaboration d'un outil type « *check-list* » pour faciliter la traçabilité des informations transmises au patient sur les risques/bénéfices
- Niveaux de soins obligatoires avant TAVI pour gestion des complications perprocédure et post-procédure

Certains éléments sont à retenir, notamment :

De découper les visites des patients afin d'éliminer la fatigue entraînée par les journées de tests à l'ICM.

Ainsi, pour les patients qui résident dans la région de Montréal, ils se déplaceront une journée pour ETT + labos + scan.

2^e jour = Rencontre avec le cardiologue et l'infirmière.

3^e jour = Coro (invasive, scan plus risqué).

4^e jour = TAVI

Une vidéo ainsi qu'un pamphlet seront produits et seront acheminés par courriel aux patients et leurs familles afin de les outiller dans la prise de décision de procéder à une procédure TAVI ou non.

Une *check-list* sera consignée au dossier afin de s'assurer de la traçabilité des éléments clés du consentement aux soins.

Une section sur l'éthique au consentement qui reprend des éléments importants à considérer quant à la compréhension du patient a été rédigée.

Une présentation aux membres du CMDP lors d'une Assemblée générale sera également offerte en 2022-2023.

Les activités du comité exécutif 2021-22

ACCUEIL D'UN NOUVEAU MEMBRE AU COMITÉ EXÉCUTIF

Le **D^r Bernard Thibault** a été élu à titre de 2^e vice-président du comité exécutif lors de l'assemblée générale annuelle du 10 juin 2021. L'expérience du **D^r Thibault** jumelée à sa connaissance de notre milieu de travail font de lui un membre estimé de notre comité. Les membres du comité exécutif lui souhaitent la bienvenue et le remercient de sa collaboration durant l'année 2021-2022.

REPRÉSENTANT DU CMDP AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le **D^r Philippe Demers**, chirurgien cardiaque et chef du département de chirurgie, a été nommé pour siéger à la table des membres du conseil d'administration. Il succédera au **D^r Donato Terrone** et le fera en complémentarité de **M. Denis Brouillette**, président du CMDP.

RÉDACTION D'UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX DOSSIERS PROFESSIONNELS

Le comité exécutif a rédigé une politique d'accès au dossier professionnels de ses membres. Cette politique a pour objectif :

- D'assurer le respect de l'accès au dossier professionnel d'un membre du CMDP en conformité avec le contexte légal en place.
- D'assurer l'accès au dossier professionnel, tout en garantissant la confidentialité de tous les renseignements du dossier.
- De préciser les responsabilités de même que les méthodes retenues pour assurer la gestion efficace des demandes de consultations du dossier professionnel.
- De s'assurer que le dossier professionnel soit consulté en conformité avec les meilleures pratiques de sécurité des actifs informationnels pour les dossiers numériques.
- De s'assurer que le dossier professionnel soit consulté en conformité avec les meilleures pratiques
- D'assurer une traçabilité des demandes d'accès aux dossiers professionnels

La politique a été adoptée à l'unanimité et a été distribuée à la direction des services professionnels afin qu'elle puisse la mettre en application.

FEUILLE SOMMAIRE

Un groupe de travail a été formé afin de mettre à jour la feuille sommaire à l'ICM. Cette mise à jour a pour objectif principal de s'assurer que l'évaluation du niveau de gravité des patients de l'ICM soit adéquate puisque le financement du MSSS repose maintenant sur cette méthode d'évaluation.

Un modèle a été suggéré et l'évaluation de celui-ci a été effectuée par les membres du groupe de travail. Plusieurs suggestions ont été amenées par ces derniers et prises en considération lors de la rédaction de la version finale de la feuille sommaire.

Finalement, le CMDP a requis les services d'un graphiste pour en arriver à la version finale. Une présentation de la feuille sommaire mise à jour sera faite aux membres du CMDP à l'automne 2022.

MÉDECINS EXAMINATEURS

Extrait du site du Collège des médecins du Québec :

« Il est important de rappeler que le médecin examinateur est un acteur clé dans l'application du régime d'examen des plaintes et ses fonctions sont encadrées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, art. 42 et suivants). Le médecin examinateur doit collaborer à la recherche de solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés par une plainte, lorsque celle-ci est examinée par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le médecin examinateur s'avère un puissant levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins lorsqu'il exerce pleinement son rôle. Il s'agit d'un rôle unique pour lequel le législateur a établi des balises d'indépendance et d'immunité »

Lors de la séance du 9 mai 2022, la **D^{re} Eileen O'Meara** a été nommée médecin examinatrice.

PLAN DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Le CMDP est toujours préoccupé par l'accès aux soins spécialisés lors des situations plus urgentes. Au cours de la dernière année, le CMDP s'est intéressé plus particulièrement aux services offerts en neurologie et urologie. Malgré certaines avancées, ces dossiers continueront d'attirer l'attention du CMDP pour la prochaine année à venir.

DÉPARTS

Voici les membres dont le départ a été officialisé lors de l'une ou l'autre des séances du Conseil d'administration de l'année 2021-2022 :

Statut de membre actif

M. François Huynh, pharmacien

M. Charles Boudreau, pharmacien

D^r Ismaïl El-Hamamsy, chirurgien cardiaque

D^r Jules Lam, cardiologue

D^r Gilles Murray, microbiologiste

Statut de membre associé

D^r André Roussin, interniste

D^{re} Anne Boucher, néphrologue

D^{re} Sylvia Abadir, cardiologue

D^r Gilles Beauchamp, chirurgien thoracique

D^r Jacques Malo, pneumologue

CHANGEMENTS DE STATUT

Le statut de la **D^{re} Nathalie Ponnet**, omnipraticienne est passé de membre actif à membre associé.

Le statut de la **D^{re} Louise-Isabelle Rivard**, omnipraticienne est passé de membre actif à membre conseil.

Le statut du **D^r Yoan Lamarche**, chirurgien cardiaque est passé de membre associé à membre actif.

INDICATEURS DE QUALITÉ

Le projet d'implantation des indicateurs de qualité a fait beaucoup de chemin depuis ses débuts. Plusieurs départements et services ont mis sur pieds un tableau de bord incluant les indicateurs cliniques les plus significatifs pour leur pratique. Le département de chirurgie a fait des progrès significatifs de ce côté, il peut maintenant procéder à une révision bimensuelle de ses indicateurs.

En anesthésie, on récolte également des indicateurs de qualité qui sont consignés à l'aide du dossier informatisé et du système CompuRecord (système de gestion périopératoire pour l'anesthésie) qui permettra un suivi en temps réel.

Le département d'hémodynamie peut aussi suivre de nombreux indicateurs de qualité presque en temps réel.

Le service d'électrophysiologie qui fait preuve de leader en la matière, a un système bien rodé d'évaluation de la qualité comportant une rétroaction individualisée auprès des membres du service.

Cette année encore, les membres du CMDP ont pu bénéficier d'une présentation des indicateurs de qualité du département de chirurgie et du service d'hémodynamie lors de l'une des assemblées générales du CMDP. Ce fut l'occasion de démontrer le potentiel de rétroaction et d'amélioration que peut avoir cette activité sur la qualité de l'acte de chacun.

FORMATION CONTINUE

Les ordonnances collectives du CMQ

Formation donnée par : **M. Fabien Ferguson**, infirmier clinicien, conseiller en soutien aux ordonnances individuelles d'ajustement et ordonnances collectives au Collège des médecins du Québec et expert à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux

Objectif de la formation

Développer ses connaissances sur les ordonnances individuelles d'ajustement (OIA) et les ordonnances collectives (OC), distinguer les caractéristiques associées et les processus d'élaboration et d'approbation.

Avec cette formation les professionnels désignés ont été en mesure :

De soutenir les équipes de travail de leur établissement afin de favoriser la mise en application des OIA, des OC et des protocoles médicaux (PM) selon les normes du CMQ.

Sujets traités lors de la formation

1. Caractéristiques des ordonnances individuelles d'ajustement, des ordonnances collectives, des protocoles médicaux et des formulaires de liaison
2. Ordonnance collective
 - Normes de rédaction
 - Application
3. Ordonnance individuelle d'ajustement
 - Normes de rédaction
 - Application
4. Protocole médical
 - Normes de rédaction
 - Application
 - Communication au pharmacien avec le formulaire de liaison, s'il y a lieu
5. Période de validité des documents
6. Responsabilités professionnelles
7. Formation en soutien aux professionnels

Cette formation a été donnée principalement aux membres du Comité Ordonnances pré-imprimées, Ordonnances collectives, Protocoles.

Leadership et cohésion d'équipe

Suite à une proposition d'un membre du CMDP, en collaboration avec la direction générale, une formation sur le leadership a été offerte aux chefs de départements. Puisque cette formation est prévue en 2 temps, une deuxième présentation est prévue pour l'année 2022-2023.

Formation sur la télémedecine

La pandémie a mis en évidence une nouvelle façon d'exercer pour plusieurs professionnels. À ce titre, cette nouvelle forme d'activité demeure une source d'intérêt pour le CMDP en regard à la qualité de l'acte. Aussi, une formation sur la télémedecine, de même qu'une présentation à l'assemblée générale ont été offertes aux membres du CMDP.

Formation sur la qualité de l'acte

Les responsables à la qualité, les membres du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, les chefs de départements ainsi que certains autres membres ayant des activités reliées à la surveillance de la qualité de l'acte se sont vus offerts une formation de l'ACMDPQ qui s'est tenue le 7 juin.

COMITÉ DE SÉLECTION

Médecine d'urgence

Puisque le poste de chef au département de médecine d'urgence était vacant, un comité de sélection à la chefferie au département de médecine d'urgence a été formé en concordance avec l'article 22.1 du chapitre XXII du règlement du CMDP et le contrat d'affiliation de l'UdeM.

Suite aux délibérations du comité, une recommandation à l'effet de nommer la **D^{re} Julie Sirois-Leclerc** à titre de cheffe de département de médecine d'urgence a été acheminée au Conseil d'administration. Nous lui souhaitons tout le succès dans ses nouvelles fonctions.

Médecine spécialisée

Puisque le mandat du **D^r Peter Guerra** se terminait le 1^{er} juillet 2021, et afin de remplir les obligations inscrites à l'article 22.1 du chapitre XXII du règlement du CMDP et le contrat d'affiliation de l'UdeM, le comité exécutif a procédé à la nomination de 3 médecins détenant un statut de membre actif et ne faisant pas partie du département de médecine spécialisée afin de former le comité de sélection à la chefferie au département de médecine spécialisée. Il s'agissait de la **D^{re} Julie Sirois-Leclerc**, omnipraticienne; du **D^r Alain Deschamps**, anesthésiste et du **D^r Pierre Robillard**, radiologiste.

Suite aux délibérations du comité, une recommandation à l'effet de reconduire le **D^r Peter Guerra** à titre de chef de département a été acheminée au Conseil d'administration. Nous lui souhaitons tout le succès dans la continuité de ses fonctions.

TABLE DES PRÉSIDENTS DU CMDP

Le CMDP en tant que membre de l'ACMDPQ a continué à prendre part à toutes les activités offertes par l'association. De plus, le CMDP a utilisé à plusieurs reprises les services-conseils offerts par l'association.

RÉDACTION D'UN GUIDE SUR LES ÉTUDES PAR CRITÈRES EXPLICITES

Le guide vise à supporter les professionnels de la santé de l'ICM qui auront pour mandat de mettre sur pieds des études par critères explicites. Il sera également utile à la récolte de toutes les informations nécessaires à une analyse adéquate et à l'uniformité dans la présentation des études aux membres.

CRÉATION D'UN MODÈLE DE RÉCOLTE D'INFORMATIONS LORS DE LA RÉDACTION DES ÉTUDES PAR CRITÈRES EXPLICITES

Ce modèle reprend essentiellement les éléments énoncés dans le guide sur les études par critères explicites, c'est-à-dire la liste des participants, l'objectif et les paramètres de l'étude, les critères évalués, les conclusions et recommandations, les références et le plan d'action qui sera mis en place. Ce modèle sera essentiel à l'analyse des données des études par les membres du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Un modèle similaire a également été créé pour la récolte d'informations lors des revues de cas de mortalité et morbidité.

RÉUNION AVEC L'INSPECTRICE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Un(e) inspecteur(rice) de la direction de l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec a été attiré(e) à chaque établissement du réseau de santé québécois. Le rôle de ceux-ci est d'accompagner les CMDP dans les différents dossiers demandant une expertise accrue, d'émettre des recommandations et donner leur appui, lorsque nécessaire, dans la mise en œuvre de celles-ci.

Le CMDP a tenu quelques réunions avec l'inspectrice attirée au CMDP de l'ICM afin de faire appel à son expertise. Cette collaboration est plus qu'appréciée et permet d'obtenir un regard externe aux situations demandant une attention particulière. Il s'agit sans aucun doute d'un canal d'information privilégié pour notre CMDP.

PEM CHERCHEURS BOURSIERS

La **D^{re} Judith Brouillette**, psychiatre et cheffe du département de psychiatrie; le **D^r Guillaume Marquis-Gravel**, cardiologue; le **D^r Robert Avram**, cardiologue; la **D^{re} Marie Chaix**, cardiologue, le **D^r Rafik Tadros**, cardiologue et le **D^r Matthieu Pelletier-Galarneau**, nucléiste se sont vu attribuer un poste de chercheur boursier du Fonds de Recherche du Québec – Santé (FRQS). Nous tenons à les féliciter pour cette nomination qui contribue aux rayonnements de l'ICM.

Les responsables à la qualité

En accord avec le règlement sur la qualité, des responsables à la qualité ont été nommés par secteur d'activité par les membres du comité exécutif. Ces derniers seront responsables de coordonner la mise en place du règlement sur la qualité. La surveillance de la qualité passe principalement par l'implantation d'outils tels les études par critère explicite, les indicateurs de qualité et les réunions de mortalité et morbidité et également par la transmission de préoccupations ou d'idées permettant d'améliorer la pratique de nos membres. Plus précisément, ils agiront à titre de personnes-ressources pour toutes demandes concernant la qualité dans leur secteur d'activité et seront le lien entre leur secteur et le Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.

Le 27 janvier 2022, les responsables à la qualité désignés par département et secteur ont été rencontrés afin de leur expliquer leur rôle dans cette nouvelle fonction et de leur exposer les différents outils d'évaluation de la qualité de l'acte créés en cours d'année.



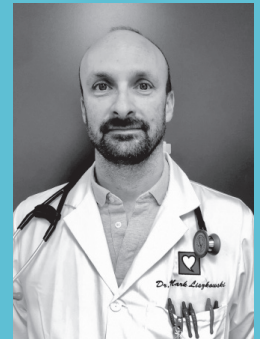
D^{re} Anne-Frédérique Dupriez
Médecine d'urgence



D^{re} Christine Henri
Unité coronarienne



M^{me} Martine Lacroix
Pharmacie



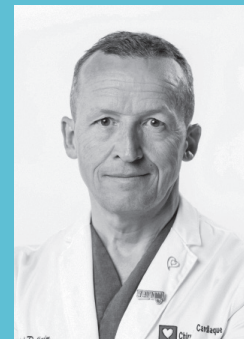
D^r Mark Liszkowski
4^e Centre | 4^e Est | 4^e Nord



D^r Laurent Macle
Électrophysiologie



D^{re} Maria Rosal Martins
Anesthésie



D^r Michel Pellerin
Chirurgie
Soins intensifs chirurgicaux



D^r Matthieu Pelletier-Galarneau
Médecine nucléaire



D^r David Puissant
Psychiatrie



D^{re} Stéphanie Tan
Radiologie



D^r Jean-François Tanguay
Hémodynamie

Les assemblées générales

Deux assemblées générales ordinaires et une assemblée générale annuelle se sont tenues durant l'année 2021-2022.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU 9 DÉCEMBRE 2021

En plus du mot de la présidente-directrice générale et du rapport des activités du comité exécutif donné par **M. Denis Brouillette**, président du CMDP, les sujets suivants ont été abordés :

COMITÉ D'ÉCHO CIBLÉE

Présenté par : **D^r André Denault**, président

Le **D^r André Denault** est venu présenter aux membres du comité les objectifs de la création du comité. Une page est consacrée à ce comité plus loin dans ce rapport.

COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Présenté par : **D^r Jean-Sébastien Lebon**, président

Les activités du comité ont été présentées aux membres. Une page est consacrée à ce comité plus loin dans ce rapport.

ÉTUDES PAR CRITÈRE EXPLICITE

Les résultats des études par critère explicite suivantes ont été présentés aux membres :

- **L'antibioprophylaxie procédurale**
Présenté par : **M. Julien Quang Le Van**, pharmacien
- **La conservation des cathéters**
Présenté par : **D^r Richard Marchand**, microbiologiste
- **L'hygiène des mains**
Présenté par : **D^r Richard Marchand**, microbiologiste
- **La ventilation protectrice peropératoire**
Présenté par : **D^r Jean-Sébastien Lebon**, anesthésiste

Un résumé des résultats de ces études se trouve plus loin dans ce rapport.

RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Présenté par : **M^e Gabrielle Alain-Noël**, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

M^e Gabrielle Alain-Noël, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, est venu présenter aux membres le bilan des activités pour l'année 2020-2021.

Une augmentation de 7% des dossiers reçus est observée comparativement à l'année précédente pour un total de 292. Une diminution du nombre de plaintes médicales est observée comparativement à l'année précédente soit de 26 à 22.

Voici les motifs de plaintes médicales pour l'année 2020-2021 :

Sommaire des motifs de plainte	Nombre de motifs	%
Soins et services dispensés	22	54%
Droits particuliers	9	22%
Relations interpersonnelles	7	17%
Accessibilité	2	5%
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	2%
Total	41	100%

Le délai légal de traitement des plaintes (à l'intérieur de 45 jours) n'était pas respecté dans 46% des dossiers reçus (11 dossiers sur 24) comparativement à 54% en 2019-2020.

8 recommandations ont découlé de l'examen des plaintes médicales par les médecins examinateurs. Au 31 mars 2021, 7 d'entre elles étaient réalisées.

Aucun dossier de plainte impliquant le comportement d'un médecin n'a été transmis par un médecin examinateur ou par le comité de révision à l'exécutif du CMDP pour étude disciplinaire.

Un dossier datant de 2018-2019 s'est conclu avec une mesure disciplinaire imposée au professionnel visé par le Conseil d'administration.

Par ailleurs, 2 dossiers qui avaient été transférés en 2019-2020 étaient toujours à l'étude au 31 mars 2021.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU 24 MARS 2022

En plus du mot de la présidente-directrice générale et du rapport des activités du comité exécutif donné par **M. Denis Brouillette**, président du CMDP, les sujets suivants ont été abordés :

COMITÉ SUR LA FLUIDITÉ HOSPITALIÈRE

Présenté par : **M^{me} Carole Boucher**, directrice des services multidisciplinaires

Le MSSS demande aux établissements de santé du Québec de procéder à l'optimisation des temps de séjours.

Un des premiers objectifs à atteindre demandés par le MSSS est de réduire de 30% par année le délai entre la demande d'hospitalisation et le moment où le patient monte sur l'unité de soins à partir de l'urgence.

Le deuxième objectif est de réduire la durée moyenne de séjour de certains Diagnostics repères pour la gestion (DRG) ciblé, dans le cas de l'ICM, il s'agit de la MPOC, l'insuffisance cardiaque, de l'infarctus et de l'AVC.

Un comité permettant d'adresser ces objectifs a été formé et tient des réunions sur une base régulière.

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HÉMODYNAMIE

Présenté par : **D^r Jean-François Tanguay**, chef du service d'hémodynamie

Le **D^r Tanguay** présente la récolte des indicateurs de qualité pour son service, données recueillies entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2021.

Voici les conclusions notées dans la présentation :

1. Les indicateurs de qualité en hémodynamie suggèrent que les volumes se sont maintenus dans le contexte d'une pandémie et de ses conséquences.
2. Le taux de mortalité à 30 jours reflètent une expertise à l'ICM pour les cas aigus et les cas à haut risque de mortalité avec des réadmissions à 30 jours inférieures à 5%.
3. Les procédures structurales sont en croissance avec une population à risque avec des résultats cliniques et réadmissions à 30 jours plus qu'acceptables.

INDICATEURS DE QUALITÉ EN CHIRURGIE

Présenté par : **D^r Philippe Demers**, chef du département de chirurgie

Le **D^r Demers** présente la récolte des indicateurs de qualité pour son département. Les données présentées sont un recueil des interventions de l'année 2021.

Les détails complets des données recueillies et des comparatifs de ces données par rapport aux autres établissements et aux moyennes nationales sont accessibles sur demande.

Voici les conclusions notées dans la présentation :

- Constat après 12 mois :
 1. Travail multidisciplinaire nécessaire afin de cueillir les données pertinentes et d'analyser adéquatement les résultats.
 2. Les indicateurs analysés en 2021 démontrent une performance conforme ou supérieure aux attentes et aux données de référence.
- Développement à venir en 2022 :
 1. Consolidation de l'équipe de suivi et d'amélioration de la performance en chirurgie.
 2. Analyses plus granulaires.
 3. Migration vers registre/platforme STS.

COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Présenté par : **D^r Jean-Sébastien Lebon**, président

Les activités du comité ont été présentées aux membres. Une page est consacrée à ce comité plus loin dans ce rapport.

TÉLÉ-SANTÉ

Présenté par : **D^r Jean-Sébastien Lebon**, pilote clinique en télé-santé

L'objectif de cette présentation était d'exposer aux membres la place que prend la télé-santé à l'ICM, d'intéresser ceux-ci à son application dans leur pratique et de présenter les règles entourant cette nouvelle pratique.

INFORMATISATION DE LA SP3 - Système d'informatisation des événements démographiques

Présenté par : **M^{me} Annie Arseneault**, cheffe du service accueil-admission, archives médicales et dictée centrale

M^{me} Annie Arseneault a présenté aux membres un projet provincial en lien avec l'informatisation du formulaire SP3 nommé système d'information des événements démographiques (ci-après nommé « SIED »).

Le projet vise entre autres à réduire les délais entre le décès d'un patient dans les établissements du Québec et le recensement de l'information. Ce système serait par la suite applicable aux naissances. Il permettrait ainsi d'alléger la charge administrative des parties prenantes impliquées dans le processus de déclaration de décès/naissances de plus de 1600 installations publiques, parapubliques et privées à travers le Québec. Ce système serait également disponible pour plus de 800 points de services funéraires.

La transition fut amorcée lors de la première vague de déploiement qui s'est déroulé le 26 avril. Du support pour l'utilisation du SIED a été mis en place.

NOUVELLES DISPOSITIONS LÉGALES CONCERNANT L'AMM ET L'IMPACT POUR LES ÉVALUATIONS MÉDICALES

Présenté par : **M^{me} Élodie Petit**, conseillère en éthique clinique
D^r Mark Liszkowski, coordonnateur médical du groupe interdisciplinaire de soutien

Les membres ont également pris connaissance des nouvelles dispositions légales concernant l'AMM. Voici en résumé ce qu'il a été permis d'apprendre de ces nouvelles dispositions :

- Le critère de fin de vie n'est plus pris en considération dans l'évaluation des demandes d'AMM.
- Lorsque que le patient est reconnu être en fin de vie, le délai de 10 jours entre la demande d'AMM et son administration n'est plus requis.
- Il n'est plus nécessaire de consentir à l'AMM juste avant son administration. Un formulaire dédié à lever ce consentement est rempli préalablement et autorise le médecin administrateur à procéder en cas de perte d'aptitude du patient.
- Dans le cas où la mort naturelle est non raisonnablement prévisible (plus d'un an de survie) un délai de 90 jours entre la demande de l'AMM et son administration est instauré.
- L'un des médecins évaluateurs doit avoir une expertise de la condition médicale causant la souffrance du patient.
- Les médecins évaluateurs doivent discuter avec le patient des moyens raisonnables et disponibles pour soulager sa souffrance et s'accorder avec lui qu'il les a sérieusement envisagés.
- Le patient doit obtenir les renseignements sur les services de soutien disponibles pour soulager sa souffrance.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU 15 JUIN 2022

En plus du mot de la présidente-directrice générale et du rapport des activités du comité exécutif donné par **M. Denis Brouillette**, président du CMDP, les sujets suivants ont été abordés :

MISE À JOUR DU RÈGLEMENT DU CMDP

Le règlement du CMDP nécessitant une mise à jour, plusieurs modifications ont été suggérées aux membres lesquelles ont été approuvées à l'unanimité.

RAPPORT FINANCIER 2021-2022

L'état des résultats comparatifs 2020-2021 et 2021-2022 a été présenté aux membres. Vous le retrouverez à la fin du rapport annuel.

ÉLECTIONS AU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP 2021-2023

Le **D^r Philippe Demers** agissait à titre de président des élections. Le **D^r Donato Terrone**, 1^{er} vice-président et le **D^r Reda Ibrahim**, trésorier se représentaient à leur poste respectif. N'ayant pas reçu de candidature autre que celle de ceux qui occupaient déjà le poste, ces derniers furent élus par acclamation.

Comité d'examen des titres

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Le comité d'examen des titres est composé d'au moins trois membres actifs du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du directeur des services professionnels. Le comité d'examen des titres doit assumer les fonctions suivantes :

1. Étudier les demandes de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, notamment par l'évaluation de leurs qualifications, de leur compétence scientifique et de leur comportement, et faire rapport au comité exécutif.
2. Recommander au comité exécutif l'octroi d'un statut et de privilèges de pratique pour chaque membre du CMDP. Le chef du département concerné est invité à participer aux discussions relatives à l'octroi de privilèges dans son département. Le chef du département de pharmacie est invité à participer aux discussions relatives à l'octroi d'un statut à un pharmacien.
3. Au cours de la deuxième année suivant la nomination d'un médecin ou d'un dentiste, et à tous les deux ans par la suite, faire des recommandations au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens concernant le renouvellement ou le non-renouvellement de nomination, le changement de statut ou de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste. Le comité fait également des recommandations au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens concernant la réinstallation d'un médecin ou d'un dentiste.
4. Établir un dossier professionnel pour chaque médecin, dentiste ou pharmacien exerçant dans le centre hospitalier. Ce dossier contient les documents relatifs à la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien, ainsi qu'au renouvellement de la nomination d'un médecin ou d'un dentiste, à la participation aux comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et les informations écrites au sujet de l'activité d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien transmises par un comité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un chef de département clinique, le chef du département de pharmacie ou le directeur des services professionnels.

Réf.: ROAÉ a.100

Réunions tenues en 2021–2022

Les membres du comité d'examen des titres se sont réunis à 9 reprises, soit les :

- 22 septembre 2021
- 27 octobre 2021
- 24 novembre 2021
- 12 janvier 2022
- 9 février 2022
- 9 mars 2022
- 13 avril 2022
- 4 mai 2022
- 8 juin 2022

Membres du comité

M. Denis Brouillette

Pharmacien

D^r Bernard Thibault

Électrophysiologiste

D^r Donato Terrone

Radiologue

D^r Philippe Demers

Chirurgien cardiaque

D^r Reda Ibrahim

Hémodynamicien

Dr Peter Guerra

DSP par intérim

Renouvellements

Quelques médecins se sont vu renouveler leur statut et privilèges jusqu'à la fin de l'année 2022 afin de synchroniser leurs renouvellements avec ceux des autres membres du CMDP qui devront soumettre une demande de renouvellement d'ici la fin de l'année 2022.

Nominations

Les membres du Comité d'examen des titres ont acheminé au Comité exécutif du CMDP des avis favorables au recrutement des membres suivants :

Statut de membre actif

M^{me} Marie-Laurence Parent-Blais

Pharmacienne

D^r Alexandre Raymond-Paquin

Cardiologue électrophysiologiste

D^r Robert Avram

Cardiologue hémodynamicien

Statut de membre associé

D^{re} Marie-Ève Dupuis

Néphrologue

D^{re} Myriam Khalili

Néphrologue

D^r Abdo Shabah

Médecin de famille

D^{re} Marina Ibrahim

Chirurgienne cardiaque

Nominations

D^r Robert Avram

Cardiologue hémodynamicien



« Originaire de Roumanie, j'ai complété ma résidence en cardiologie à l'Université de Montréal avant de quitter pour une formation de 3 ans en santé digitale, en intelligence artificielle et en hémodynamie à l'Université de Californie à San Francisco. J'ai ensuite complété une année de cardiologie d'intervention à l'Institut de Cardiologie d'Ottawa. J'ai choisi l'Institut de cardiologie de Montréal pour poursuivre ma carrière puisqu'elle est un leader national et international dans la recherche cardiovasculaire. Je souhaite développer et implanter l'intelligence artificielle dans la pratique de tous les jours de la médecine au Canada, démocratiser l'accès à celle-ci, améliorer son efficacité et permettre aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients ».

Mot du chef de département

Nous avons le plaisir d'accueillir D^r Robert Avram au sein du département de médecine spécialisée.

Après sa résidence en cardiologie, Robert a complété 3 années de *fellowship* à l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) sur le volet recherche en cardiologie « digitale » et en intelligence artificielle et un volet clinique en hémodynamie, puis une quatrième année en hémodynamie à l'Université d'Ottawa.

Ainsi, nous sommes convaincus que les aptitudes cliniques et de recherche démontrées par D^r Avram, combinées à sa formation spécialisée de haut niveau à l'Université de Californie feront de lui un excellent collaborateur.

Nous lui souhaitons la bienvenue parmi nous.

D^r Peter Guerra

Chef du département de médecine spécialisée

Formation

Interventional cardiology fellowship (Grant fellowship ; DRCSC)
Ottawa Heart Institute
2020-2021

Interventional cardiology fellowship
University of California
2019-2020

Deep learning specialization
Stanford, Palo Alto
Mentor : Andrew Ng
2018-2018

Digital cardiology, mobile research and deep learning fellowship
Postdoctoral scholar
University of California
Mentor : Dr. Jeffrey Olgin
2017-2020

Master of Science in biomedical sciences
Clinical research
University of Montréal
Mentor : Dr. Marc Jolicoeur
2015-2019

Cardiology fellowship (FRCPC)
Chief Resident
University of Montréal
2014-2017

Internal medicine fellowship (FRCPC)
Chief Resident
University of Montréal
2011-2014

Medical doctor
University of Sherbrooke
2007-2011

M^{me} Marie-Laurence Parent-Blais

Pharmacienne



« Originaire de la Montérégie, j'ai complété mon doctorat en pharmacie en 2013 et par la suite ma maîtrise en pharmacothérapie avancée à l'Université de Montréal. Étant déjà une passionnée de cardiologie, j'ai eu la chance de compléter deux stages à l'ICM au cours de mon cursus académique et j'y ai découvert un milieu stimulant, ainsi qu'une équipe dynamique, impliquée et axée sur la collaboration professionnelle. Je travaille maintenant depuis plus de 5 ans en établissement de santé, où je me suis découvert une passion pour les soins critiques. À la recherche de nouveaux défis, j'ai fait le grand saut pour mon milieu coup de coeur, l'ICM. J'espère pouvoir m'impliquer et me développer autant au niveau de l'excellence clinique que de l'enseignement aux futurs professionnels, ainsi que de contribuer au rayonnement de l'ICM. »

Formation

Microprogramme de 2^e cycle en évaluation et gestion de la douleur
Université de Sherbrooke
2020

Maîtrise en pharmacothérapie avancée
Université de Montréal
2015

Doctorat en Pharmacie (Pharm.D.)
Université de Montréal
2013

Mot de la cheffe de département

Nous avons eu la chance d'accueillir M^{me} Marie-Laurence Parent-Blais en stage lors de ses études en pharmacie. Elle a par la suite débuté sa carrière en Montérégie et c'est à notre grand bonheur qu'elle s'est jointe à notre équipe en novembre 2021. Sa passion pour la cardiologie, son sens de l'organisation et son souci de la qualité font d'elle une excellente pharmacienne et un bel atout pour notre équipe.

M^{me} Martine Lacroix
Cheffe du département de pharmacie

D^r Alexandre Raymond-Paquin

Cardiologue électrophysiologiste



« Originaire des Laurentides, j'ai obtenu mon doctorat en médecine à l'Université de Montréal. J'ai ensuite complété ma résidence en médecine interne, puis en cardiologie, toutes deux à l'Université de Montréal. Mon intérêt pour l'électrophysiologie cardiaque s'est révélé lors de mes passages à l'Institut de Cardiologie de Montréal. J'y ai d'ailleurs effectué un premier fellowship. Ma formation s'est ensuite poursuivie sous la supervision du Dr Kenneth Ellenbogen aux États-Unis. Dr Ellenbogen est reconnu comme un leader international dans le domaine de l'électrophysiologie cardiaque interventionnelle.

C'est un privilège pour moi de me joindre à l'équipe d'électrophysiologie au sein de la grande famille de l'ICM. J'aspire à contribuer à notre mission d'excellence, d'innovation, de recherche et d'enseignement en santé cardio-vasculaire.

Formation

Fellowship en électrophysiologie cardiaque
Virginia Commonwealth University, États-Unis
2021

Fellowship en électrophysiologie cardiaque
Institut de Cardiologie de Montréal
Université de Montréal
2019-2020

Résidence - Cardiologie
Université de Montréal
2016-2019

Résidence - Tronc commun de médecine interne
Université de Montréal
2013-2016

Doctorat en médecine
Université de Montréal
2009-2013

Année préparatoire au doctorat en médecine
Université de Montréal
2008-2009

Mot du chef de département

Nous avons le plaisir d'accueillir D^r Alexandre Raymond-Paquin au sein du département de médecine spécialisée. Alexandre a complété un fellowship en électrophysiologie cardiaque à la Virginia Commonwealth University sous le mentorat du D^r Kenneth Ellenbogen.

Ce fellowship de renommée internationale, lui a permis d'acquérir une expertise de pointe en électrophysiologie cardiaque interventionnelle notamment, l'ablation d'arythmies complexes, la gestion des nouvelles technologies liées aux dispositifs implantables et l'exérèse d'électrodes.

Nous lui souhaitons la bienvenue parmi nous.

D^r Peter Guerra
Chef du département de médecine spécialisée

Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique



Mot du président

Chères, Chers collègues,

J'aimerais tout d'abord remercier tous les membres du comité qui ont encore une fois cette année su démontrer une efficacité et une volonté à adresser les divers dossiers qui ont été amenés pour étude au comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.

Suite à la visite d'inspection du Collège des médecins en novembre 2017, plusieurs recommandations avaient été formulées

par le collège à l'endroit du CÉAMDP. Un des principaux objectifs des dernières années était d'appliquer ces recommandations et d'apporter les correctifs nécessaires. Nous sommes heureux de constater que lors de la réévaluation du CMQ en 2021, ces derniers avaient un rapport très positif et que le peu de recommandations restantes est en cours de remédiation.

Les membres du comité tiennent à remercier tous les professionnels œuvrant à l'Institut de Cardiologie de Montréal pour les efforts déployés pour assurer la qualité de l'acte dans notre institution. Il est important de prendre connaissance que l'objectif principal d'une démarche d'évaluation de la qualité de l'acte est l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts aux patients.

Soyez assuré du support du CÉAMDP dans votre démarche.

Bonne lecture!

Dr Jean-Sébastien Lebon

Président du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Membres du comité

Président

Dr Jean-Sébastien Lebon
Anesthésiologiste

Membres du comité

M^{me} Sylvia Audet
Pharmacienne

M^{me} Nancy Campbell
Archiviste médicale

M^{me} Sylvie Demers
Conseillère à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers et à la prévention des infections

M^{me} Amélie Doherty
Adjointe au directeur de l'enseignement

Dr Peter Guerra
Directeur des services professionnels intérimaire

Dr Michel Pellerin
Chirurgien cardiaque

Dr David Puissant
Psychiatre

Dr Normand Racine
Cardiologue et responsable du service de la greffe cardiaque

Dr François Simard
Cardiologue

Dr Donato Terrone
Radiologiste

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre X : Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

10.1 - Composition

Le comité central d'évaluation de l'acte médicale, dentaire et pharmaceutique est composé d'au moins trois membres actifs du CMDP. Lorsque le comité effectue l'étude de dossiers de soins dentaires, il doit inviter un dentiste à participer à ses travaux. Lorsqu'il effectue l'étude de dossiers d'actes pharmaceutiques, il doit inviter un pharmacien à participer à ses travaux. Lorsqu'il effectue l'étude de dossiers de cas chirurgicaux ou de décès, il doit inviter un médecin spécialiste en anatomopathologie à participer à ses travaux.

Réf. : ROAÉ, a. 102

10.2 - Fonctions

Le comité d'évaluation de l'acte médicale, dentaire et pharmaceutique doit assumer les fonctions suivantes :

- Veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des bénéficiaires soit conforme au ROAÉ et aux règlements de l'établissement.
- Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.
- Étudier les diagnostics préopératoires et postopératoires et anatomopathologiques.
- Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.
- Étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse.
- Étudier les cas de décès survenus dans le centre hospitalier.
- Réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans le centre hospitalier.
- Faire des recommandations au CECMDP.

Réf. : ROAÉ, a. 103

10.3 - Rapport

Lorsque le comité a des raisons de croire que la qualité des services fournis par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du règlement ne sont pas adéquats, il doit adresser un rapport à cet effet au comité exécutif.

10.4 - Réunions

Le comité se réunit au moins quatre fois par année.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à trois reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 7 octobre 2021
- 30 novembre 2021
- 10 mai 2022

Objectifs

L'objectif principal du CÉAMDP pour l'année 2021-2022 était de poursuivre l'implantation et l'intégration des divers outils de surveillance de la qualité.

Le comité a également poursuivi sa mission en accomplissant les fonctions qui lui sont attribuées et qui sont énumérées à la page précédente.

Sujets abordés

Rapport d'investigation du coroner

Le comité a analysé un rapport de coroner cette année et les conclusions, recommandations et suivis appropriés ont été formulés et appliqués.

Évènement sentinelle

Un évènement sentinelle a été porté à l'attention du comité pour fins d'analyses et de recommandations. Les actions nécessaires à la prévention d'une récurrence du type d'évènement rapporté ont été mises en place.

Révision d'un dossier de mortalité demandée par un autre établissement

Le comité a évalué un cas de mortalité d'un patient ayant eu une procédure à l'ICM. Les conclusions de l'analyse du cas ont été envoyées à l'établissement demandeur.

Règlement sur l'évaluation de la qualité

L'intégration d'un règlement sur la qualité de l'acte tant dans le règlement du CMDP que dans les règlements départementaux est remise à l'année 2022-2023.

Responsable à la qualité

Le 27 janvier 2022, les responsables à la qualité désignés par départements et secteurs ont été rencontrés afin de leur expliquer leur rôle dans cette nouvelle fonction et de leur exposer les différents outils d'évaluation de la qualité de l'acte créé en cours d'année. Ceux-ci agiront à titre de personnes-ressources pour toutes demandes concernant la qualité dans leur secteur d'activité et seront le lien entre leur secteur et le CÉAMDP.

Guide sur les études par critères explicites et gabarit

Un guide a été créé afin d'outiller tous ceux qui auront à réaliser une étude par critères explicites ou ceux qui auront à choisir un sujet d'étude. Un gabarit permettant de récolter toutes les données requises à la complétion d'une étude par critères explicites a été créé et distribué aux responsables de la qualité.

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

Le comité a révisé quatre dossiers d'AMM qui se sont avérés tous conformes aux normes d'application. Les membres du comité ont également révisé un dossier de sédation palliative continue qui était également conforme aux normes d'application.

Indicateurs de qualité

L'implantation des indicateurs de qualité se poursuit à l'ICM. Le CÉAMDP contribuera à analyser les indicateurs récoltés lorsqu'il sera possible de comparer ces derniers.

Études par critères explicites

Le CÉAMDP a révisé les études par critères explicites ci-dessous. Son rôle est d'évaluer si des éléments de l'étude doivent faire l'objet de suivis et de superviser les recommandations formulées dans celle-ci. Les détails des études sont présentés dans le rapport annuel du CMDP.

- Étude sur la durée de conservation des cathéters centraux
- Étude sur la conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains
- Étude sur l'antibioprophylaxie procédurale
- Étude sur les infections urinaires
- Étude sur les AMM
- Étude sur la thrombose veineuse profonde et les embolies pulmonaires

Réunions mortalité et morbidité

Vu la difficulté rencontrée dans les dernières années à analyser les comptes-rendus des études de cas de mortalité et morbidité, un gabarit permettant de récolter toutes les informations nécessaires à l'analyse de la qualité des réunions de mortalité et morbidité a été créé. L'emphase a été mise sur les discussions de l'auditoire et les conclusions pouvant mener à des changements de pratique dans notre institution pour assurer une amélioration de la qualité de l'acte. Cette année, presque la totalité des études de cas ont été rédigés avec le gabarit mis en place ce qui a permis d'améliorer la compréhension des cas à l'étude, mais aussi de suivre les recommandations énoncées et les plans d'action mis en place, le cas échéant.

Sujets à venir

Le comité prévoit que les sujets suivants devront faire l'objet d'un suivi pour l'année 2022-2023

Notamment :

- Poursuivre l'intégration des différents outils de la qualité de l'acte
- Intégration d'un chapitre dans chaque règlement de département sur l'évaluation de la qualité
- Recevoir et réviser les différents résultats des différentes études en cours
- Poursuivre l'intégration des responsables à la qualité dans le fonctionnement du comité
- Réfléchir à une restructuration du comité de manière à favoriser une meilleure gestion des activités élargies du comité suite à l'adoption du règlement sur la qualité
- Poursuivre la mission du CÉAMDP en accomplissant les diverses fonctions que la ROAÉ lui a attribuées.

Les études par critère explicite

Les études par critères explicites s'avèrent un outil indispensable permettant une appréciation de la qualité des soins par rapport à une norme ou un standard de pratique.

Plusieurs études ont été réalisées cette année notamment :

- L'usage des antibiotiques prescrits en contexte d'infection urinaire
- L'antibioprophylaxie pré-opératoire
- Les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires per hospitalisation
- La durée de conservation des cathéters centraux
- La révision de certains critères lors de l'administration d'AMM
- Un audit sur la conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains

Un résumé de chacune de ces études vous est présenté dans les pages suivantes.

Merci à tous ceux qui ont contribué à l'analyse, la recherche, le questionnement, la rédaction et qui ont mis en application les recommandations énoncées et qui assureront le suivi de ces études. Les études complètes sont disponibles sur demandes.



ÉTUDE SUR L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES PRESCRITS EN CONTEXTE D'INFECTION URINAIRE À L'ICM

Étude rédigée par : M^{me} Marie-Ève Newberry, candidate au Pharm.D. et par M^{me} Jeannie Medeiros Charbonneau, Pharm.D., M.Sc.

Type d'étude : Étude observationnelle rétrospective

Introduction

Un traitement antibiotique adéquat devrait avoir une couverture suffisante contre les bactéries les plus fréquemment rencontrées ou les plus virulentes tout en minimisant l'usage d'antibiotiques inadéquats qui peuvent causer des effets indésirables pour le patient, des infections à *Clostridioides difficile*, l'émergence d'antibiorésistance et une augmentation des coûts des soins. Pour ces raisons, un traitement antibiotique conforme devrait être prescrit à partir des meilleures données probantes disponibles. Il est de la responsabilité du comité d'évaluation de l'acte d'évaluer l'usage des antibiotiques dans notre institut. Cette revue des habitudes de prescription des antibiotiques en contexte d'infection urinaire a pour but d'évaluer la conformité de la prescription des antimicrobiens. En effet, les éléments évalués sont le choix de l'antibiotique, la posologie, la voie d'administration, la durée de traitement, la conformité du prélèvement urinaire ainsi que la conformité de la révision de la thérapie.

Résultats

Caractéristiques des patients inclus à l'étude

La moyenne d'âge des patients inclus dans l'étude (n = 45) est de 78,4 ans ce qui correspond à une population de patients âgés et potentiellement fragiles. 25 femmes (56%) et 20 hommes (44%) ont été inclus dans l'étude. Une grande partie des ordonnances prescrites pour le traitement de l'infection urinaire ont été rédigées lorsque le patient était hospitalisé au 4^e Centre, soit 18 patients (40%), suivi du 4^e Est avec 7 patients (16%), de l'unité coronarienne et des soins intensifs avec 6 patients chacune (13%), du 3^e Centre avec 5 patients (11%) et de l'urgence avec 3 patients (7%).

Portrait des types d'infections urinaires

Parmi les 45 patients inclus à l'étude, 13 patientes (29%) ont présenté une infection urinaire non compliquée (simple) et 21 patients (47%) ont présenté une infection urinaire compliquée. 6 patients (13%) ont eu un urosepsis ou sepsis suspecté et 5 patients ont eu une bactériurie asymptomatique traitée (11%). On parle de femmes pour les infections urinaires simples puisque les hommes sont d'emblée mis dans la catégorie d'infection urinaire compliquée ou à risque de le devenir selon l'INESSS.

Des 13 patientes ayant présenté une infection urinaire non compliquée, 12 patientes (92%) ont présenté une cystite non compliquée et 1 patiente (8%) a présenté une cystite récidivante.

Des 21 patients qui ont présenté une infection urinaire compliquée ou à risque de le devenir, 15 patients (71%) n'avaient aucune précision

au dossier quant à la localisation de l'infection urinaire (ex. : cystite, pyélonéphrite). Pour ces patients, l'infection urinaire a été classifiée comme une « infection urinaire compliquée » sans spécification quant à la localisation de l'infection. 4 patients (19%) ont eu un diagnostic de cystite compliquée, 1 patient (5%) a eu un diagnostic de pyélonéphrite et 1 patient (5%) a présenté une cystite récidivante.

Portrait des traitements prescrits

Traitement antibiotique initial selon traitement empirique ou ciblé

Lorsque l'on analyse tous les traitements confondus (n = 45), on peut voir que l'antibiotique le plus prescrit est la ciprofloxacine, qui représente 44% de tous les traitements prescrits (n = 20). Puis, l'amoxicilline-clavulanate, l'amoxicilline et le triméthoprime-sulfaméthoxazole suivent la ciprofloxacine et représentent chacun 9% des traitements prescrits (n = 4). La pipéracilline-tazobactam et la nitrofurantoïne représentent chacune 7% des traitements prescrits (n = 3). La fosfomycine et la combinaison de pipéracilline-tazobactam et vancomycine ont été prescrites à 2 patients chacun ce qui représente 4% des traitements choisis. Finalement, la ceftriaxone seule, la combinaison de ceftriaxone et ciprofloxacine et le méropénem ont chacun été prescrits à 1 patient ce qui représente 2% des traitements prescrits.

Concernant les traitements empiriques (n = 27), 62% des traitements prescrits étaient la ciprofloxacine (n = 16), qui prend encore la première place comme traitement le plus prescrit. Puis, la pipéracilline-tazobactam prend la deuxième place avec en représentant 12% des traitements prescrits (n = 3).

L'amoxicilline et la nitrofurantoïne représentent pour leur part 8% des traitements prescrits chacun (n = 2). Finalement, le triméthoprime-sulfaméthoxazole, la combinaison de pipéracilline-tazobactam et vancomycine, la combinaison de ceftriaxone et ciprofloxacine et le méropénem ont tous été prescrits chez 1 patient chacun ce qui représente 4% des traitements prescrits empiriquement.

Pour les traitements ciblés (n = 18), la ciprofloxacine et l'amoxicilline-clavulanate prennent la première place comme traitements les plus prescrits avec 4 patients chacun ayant reçu cet antibiotique (22%). Le triméthoprime-sulfaméthoxazole prend la deuxième place avec 3 traitements prescrits (17%). Ensuite, l'amoxicilline et la fosfomycine ont été prescrites à 2 patients chaque (11%). En dernier il y a la nitrofurantoïne, la combinaison de pipéracilline-tazobactam et vancomycine et la ceftriaxone qui ont été chacune prescrites à 1 patient (6%).

Recommandations

Suite à l'analyse, plusieurs recommandations ont découlé de l'analyse des résultats dont en voici les principales :

Recommandation 1 : En absence d'un antibiogramme de l'Institut de Cardiologie de Montréal, le guide d'usage optimal de l'INESSS constitue le meilleur outil pour la prescription des antibiotiques pour les infections urinaires dans le contexte de soins québécois.

Recommandation 2 : Éviter de prescrire la ciprofloxacine dans les cas d'infection urinaire non compliquée en l'absence de contre-indications à tous les antibiotiques de 1^{re} ligne recommandés par l'INESSS.

Recommandation 3 : Favoriser l'usage d'un antibiotique au formulaire de l'ICM autre que la ciprofloxacine (TMP-SMX, nitrofurantoïne, fosfomycine, amoxicilline-clavulanate, céphalexine, céfadroxil, céfixime) lorsque la sensibilité est connue dans les cas d'infections urinaires non compliquées et compliquées pour limiter l'émergence de résistance de cet antibiotique ainsi que ses effets indésirables potentiellement graves (tendinopathie, neuropathie périphérique, trouble du système nerveux central).

Recommandation 4 : Privilégier l'usage du TMP-SMX, de la fosfomycine (usage restreint microbiologistes) en première ligne, ainsi que de l'amoxicilline-clavulanate, du céfixime, des céphalosporines de 1^{re} génération administrées par voie orale (céfalexine, céfadroxil) pour le traitement empirique d'une infection urinaire simple avant l'usage de la nitrofurantoïne.

Recommandation 5 : Éviter de prescrire l'amoxicilline seule étant donné que ce n'est plus un traitement recommandé dans le traitement de l'infection urinaire simple ou compliquée.

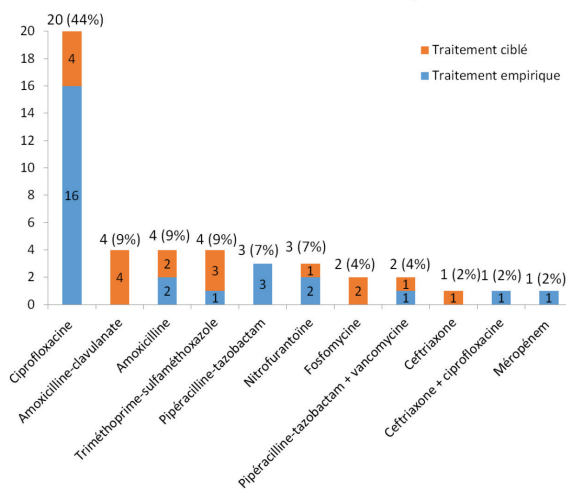
Recommandation 6 : Éviter l'usage de TMP-SMX, de nitrofurantoïne ou de fosfomycine en l'absence de données de sensibilité de ces antibiotiques dans le contexte d'infections urinaires compliquées.

Recommandation 7 : S'abstenir de prescrire un antibiotique pour une bactériurie asymptomatique sans indication de le faire (femme enceinte, avant une procédure urologique).

Durée du traitement

Recommandation 8 : Déterminer la durée de traitement recommandée par l'INESSS en fonction du type d'infection présenté par le patient et de l'antibiotique choisi.

Choix de traitement antibiotique initial



Cultures

Recommandation 9 : Considérer l'implantation d'un antibiogramme à l'Institut de cardiologie de Montréal pour optimiser, entre autres, le traitement des infections urinaires selon les meilleures données de sensibilité disponibles.

Recommandation 10 : Considérer l'ajout de la mesure de la sensibilité à la fosfomycine à l'antibiogramme pour les bactéries qui sont susceptibles à cet antibiotique.

Recommandation 11 : Éviter de prescrire une culture urinaire chez les porteurs de sonde urinaire en absence d'un contexte de sepsis chez le patient.

Bonnes pratiques d'antibiogouvernance

Recommandation 12 : Faire un rappel aux prescripteurs de la pertinence d'indiquer une durée de traitement dès de la rédaction de l'ordonnance initiale de l'antibiotique utilisé pour traiter une infection urinaire.

Révision de la thérapie

Recommandation 13 : Réviser l'antibiothérapie pour un traitement couvrant la bactérie dès que l'antibiogramme est disponible, surtout s'il démontre la présence de résistance à l'antibiotique prescrit empiriquement. Considérer l'implantation des « antimicrobial time-out » (moment de réévaluation de l'antibiothérapie) afin de permettre la révision du traitement antibiotique en cours.

Conclusion

Un traitement antibiotique conforme selon le guide d'usage optimal de l'INESSS publié en 2017 tente d'optimiser l'efficacité et l'adhésion au traitement tout en minimisant les effets indésirables au traitement, le risque d'infection à *C. difficile*, l'émergence d'antibiorésistance locale et régionale ainsi que les coûts au système de santé. Tout le personnel soignant a son rôle à jouer pour s'assurer de prodiguer des soins optimaux en contexte d'infection urinaire chez un patient. L'évaluation de la conformité de la prescription des antibiotiques pour le traitement des infections urinaires à l'Institut de cardiologie de Montréal démontre une force dans le choix de la voie d'administration, de la posologie prescrite, de la conformité du prélèvement urinaire ainsi que pour la prescription d'une durée de traitement initiale dans le cas des traitements prescrits en connaissance de l'antibiogramme.

REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS ANTIBIOPROPHYLAXIE PRÉ-OPÉRATOIRE

Étude rédigée par : M. Julien Quang Le Van, pharmacien et M^{me} Winnie Tran, étudiante
Type d'étude : Étude descriptive et rétrospective effectuée à l'ICM

Introduction

L'administration d'une antibioprophyllaxie pré-opératoire contribue à diminuer le risque d'infection au site chirurgical/incisionnel. À l'Institut de Cardiologie de Montréal, l'antibioprophyllaxie administrée avant une intervention est la céfazoline lorsque le patient n'a pas d'allergie aux bêta-lactames, la vancomycine lorsque le patient a une allergie sévère aux bêta-lactames et une combinaison de céfazoline et de vancomycine lorsque le patient est porteur de SARM.

Cette revue de l'utilisation des médicaments a pour objectif de décrire l'utilisation de l'antibioprophyllaxie pré-opératoire chez les patients en chirurgie cardiaque et en EPS selon les 4 aspects suivants :

- Évaluation du choix d'antibiotiques selon les antécédents d'allergies du patient.
- Évaluation du dosage de l'antibiotique selon le poids du patient.
- Évaluation du délai d'administration entre le début de l'antibioprophyllaxie et l'incision chirurgicale initiale.
- Évaluation du choix d'antibiotiques selon son statut SARM.

Résumé des recommandations

L'étude a entraîné plusieurs remises en question et résulté en plusieurs changements au niveau de la pratique entourant l'antibioprophyllaxie. Les recommandations suivantes sont celles qui ont mené à des changements de pratique.

Antécédents d'allergie aux bêta-lactames et à la vancomycine

Recommandation 1 : Au niveau du choix de l'antibioprophyllaxie selon les antécédents d'allergie du patient, il est suggéré de faire un rappel sur l'importance de questionner systématiquement tous les patients sur leurs réactions allergiques aux bêta-lactames et de documenter les réactions (pour savoir si elles sont sévères ou non) dans le dossier du patient pour s'assurer d'administrer l'antibioprophyllaxie appropriée.

Dose de l'antibioprophyllaxie selon le poids du patient

Recommandation 2 : Il est suggéré d'ajouter aux protocoles pré-EPS (ordonnance pré-imprimée 2.12) et pré-chirurgie (ordonnance pré-imprimée 2.54) l'ajustement de dose de la céfazoline lorsque les patients ont un poids supérieur à 120 kg (voir Annexe 2 et Annexe 3) et l'ajustement de dose de la vancomycine.

Recommandation 3 : Il est suggéré d'ajouter une ligne pour écrire le poids du patient dans le protocole pré-EPS et pré-chirurgie.

Délai d'administration de l'antibioprophyllaxie

Recommandation 4 : Il est suggéré d'administrer la céfazoline en 15 minutes à l'appel pour les procédures en EPS plutôt qu'à des heures prédéfinies (voir Annexe 2).

Choix de l'antibioprophyllaxie selon le statut SARM du patient

Recommandation 5 : Il est suggéré d'informer le personnel clinique que :

- les patients ayant un résultat de recherche de SARM par PCR positif (présence du gène de résistance mecA) ;
- les patients avec une alerte présomptive de SARM doivent aussi recevoir une antibioprophyllaxie pré-opératoire avec une combinaison de céfazoline et de vancomycine même si le résultat final de la culture de SARM n'est pas encore sorti.

Recommandation 6 : Il est suggéré d'ajouter aux protocoles pré-EPS (ordonnance pré-imprimée 2.12) et pré-chirurgie (ordonnance pré-imprimée 2.54) les termes de PCR de SARM positif et alerte présomptive de SARM dans les indications pour donner la céfazoline et la vancomycine (voir Annexe 2 et Annexe 3).

THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES ET EMBOLIES PULMONAIRES PER HOSPITALISATION À L'ICM

Étude rédigée par : M^{me} Sylvia Audet, pharmacienne

Type d'étude : Rétrospective - Patients ayant reçu un diagnostic de thrombophlébite ou d'embolie pulmonaire entre le 25 mars 2019 et le 25 mars 2021

Contexte

L'importance de la prévention de la thrombophlébite chez les patients hospitalisés est bien établie, autant dans la population médicale à risque que dans la population chirurgicale. L'évaluation systématique et régulière chez tous les patients de la nécessité ou non de prescrire une thromboprophylaxie fait d'ailleurs partie des pratiques organisationnelles requises pour fin d'accréditation des établissements de santé. L'ICM a mis en place il y a quelques années un processus d'audit pour la thromboprophylaxie. Les résultats du dernier audit à l'été 2020 font état d'un léger recul de notre performance au niveau de la prescription de la thromboprophylaxie. La présente étude tente d'évaluer, si les thrombophlébites et embolies pulmonaires survenues chez nos patients durant leur séjour hospitalier à l'ICM étaient la conséquence d'une thromboprophylaxie inexistante ou d'une dose de thromboprophylaxie inadéquate.

Résultats

Une liste de 68 patients a été générée par le service des archives. De ce nombre, 4 patients se trouvaient simultanément dans les listes de thrombophlébites et d'embolies pulmonaires. Dans un premier temps, un total de 64 dossiers ont donc été étudiés. De ce nombre, 5 dossiers patients ont été révisés pour identifier leur conformité au niveau de la thromboprophylaxie.

Conclusions

Peu de thrombophlébites ou embolies pulmonaires semblent être survenues en raison d'un manquement au niveau de la thromboprophylaxie durant les deux années recensées. La très grande majorité des événements thrombotiques pouvait être attribuée à des procédures ou à une instrumentation au niveau des voies veineuses, circonstances dans lesquelles la prophylaxie des TPP a peu d'impact au niveau de la prévention. 6 cas de thrombophlébites semblent être reliés à l'administration d'amiodarone intraveineuse, un nombre peu impressionnant considérant la fréquence de prescription de l'amiodarone intraveineuse à l'ICM. Suite à l'étude de ces nombreux dossiers, certaines recommandations ou constats ont pu quand même être formulés dans l'esprit de l'amélioration de la qualité des soins et de l'acte médical. Parmi celles-ci découlera une nouvelle étude soit : évaluation de la compliance et de la performance du protocole d'héparine intraveineux, nous pourrions constater le suivi de cette recommandation dans le prochain rapport annuel.

RÉVISION DE LA QUALITÉ DU PROCESSUS D'ADMINISTRATION DE L'AMM

Étude rédigée par : M^{me} Nancy Campbell, archiviste attitrée au CMDP

Type d'étude : Rétrospective

Contexte

Les soins de fin de vie ont été passablement modifiés par l'adoption de la Loi concernant les soins de fins de vie en 2015. Plusieurs ordres professionnels ont publié des guides de pratique relatifs à l'aide médicale à mourir.

Le CMDP est responsable de l'évaluation de l'acte et l'AMM en tant que nouvelle pratique revêt une importance particulière. Aussi, l'exécutif à décider de procéder à l'évaluation de la procédure d'AMM. Comme la procédure d'AMM comporte un grand nombre d'étapes, l'étude a porté sur les étapes demandant une documentation dans le dossier patient puisque l'étude était rétrospective.

Conclusion

L'étude a porté sur toutes les AMM ayant été administrées ou non jusqu'à la fin de 2021. L'étude a permis de constater un très haut taux de conformité pour l'ensemble des points de procédures nécessitant une documentation. Dans les rares cas où on a observé une non-concordance à la procédure, on a pu identifier une cause l'expliquant. C'est le cas pour deux critères ont été ajoutés ultérieurement à la procédure suite à des modifications législatives.

Le CMDP est satisfait des résultats qui sont à la hauteur de la réputation d'excellence des soins prodigués à l'ICM.

DURÉE DE CONSERVATION DES CATHÉTERS CENTRAUX

Étude rédigée par : D^r Richard Marchand, microbiologiste et M^{me} Nancy Campbell, archiviste médicale

Type d'étude : Rétrospective

Contexte

C'est à la suite d'un questionnaire à savoir si la durée de conservation des cathéters centraux pouvait jouer un rôle dans l'incidence des septicémies que le comité de prévention et de contrôle des infections a effectué une évaluation terrain. La définition de la septicémie utilisée était la suivante : Définition bactériémie primaire : cathéter central présent ou retiré la veille sans évidence de site d'infection et détecté au jour 3 ou plus après insertion d'un cathéter vasculaire (insertion = jour 1) et détecté lorsque le cathéter est en place ou jusqu'au lendemain de son retrait. (INSPQ, avril 2021)

Au total 53 dossiers ont été évalués rétrospectivement. Les dossiers étaient choisis au hasard par le service des archives en sélectionnant 3 dossiers par période de l'année 2020-21. Au final, ce fut 23 dossiers de revascularisation et 20 de chirurgies valvulaires qui furent évalués. Les tableaux qui suivent présentent le sommaire des données recueillies sur la conservation des cathéters pour les deux types de clientèles.

Pontages

Durée de conservation (jours)	Nb. de points	%
2	4	14.4
3	15	65.2
4	3	13
5	1	4.3
Total	23	100

La majorité des patients ayant bénéficié d'une revascularisation ont conservé leur cathéter central 3 jours et moins. La moyenne de conservation était de 3 jours.

Valves

Durée de conservation (jours)	Nb. de points	%
2	2	7
3	12	40
4	5	17
5	5	17
6	3	10
8	1	3
9	1	3
22	1	3
Total	30	100

Pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie valvulaire 47% des patients conservent le cathéter central 3 jours et moins, mais aussi 44% des patients conservent le cathéter central entre 4 et 6 jours. La durée de conservation moyenne se situe à 4,7 jours. Malgré une conservation plus longue aucun pour certain, aucune infection n'a été associée à une durée de conservation prolongée dans ce groupe.

Pour l'année 2020-2021, 10 patients ont développé une bactériémie primaire avec cathéter présent ou retiré la veille. Chez 80% de ces patients, le cathéter central a été installé au bloc opératoire dans des conditions optimales lors de la première installation. Lorsque la bactériémie s'est déclarée, le ou les cathéters ont été retirés et réinstallés dans la chambre du patient. Tous ces patients étaient lourdement instrumentés, avec de longs séjours hospitaliers et présentant plusieurs comorbidités. Des séjours qui variaient entre 20 et 202 jours, moyenne de 61,7 jours (médiane = 43 jours).

Conclusion

Somme toute, le comité de prévention des infections s'est montré satisfait de ces résultats, mais fait remarquer que les changements de cathéters devraient être effectués dans des conditions optimales comme celles du bloc opératoire. Le comité est conscient que toutes les situations ne sont pas propices à ce type d'environnement, mais à défaut, une procédure normalisée stricte et rigoureuse se devrait d'être élaborée pour ces réimplantations en dehors du bloc opératoire.

AUDIT SUR LA CONFORMITÉ AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES D'HYGIÈNE DES MAINS

Étude rédigée par : D^r Richard Marchand, microbiologiste

et M^{me} Sylvie Demers, conseillère-cadre à l'évaluation de la qualité des soins à la prévention des infections

Type d'étude : Étude observationnelle directe effectuée sur les unités de soins

Introduction

L'hygiène des mains est la pierre angulaire de la prévention et du contrôle des infections. Il s'agit d'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la transmission d'infection et la dissémination de micro-organismes dans notre environnement. La pandémie nous a rappelé l'importance de cette procédure. L'équipe de prévention effectue de manière périodique un audit portant sur le lavage des mains.

Conclusion

L'audit souligne une amélioration nette de la pratique du lavage des mains. Le niveau de conformité atteint le seuil recommandé par le MSSS pour le lavage des mains pour tous les professionnels confondus. Toutefois, le rapport souligne l'importance de persévérer afin de maintenir le niveau acquis.

Comité de médecine transfusionnelle



Mot du président

Cette année, les membres du comité de médecine transfusionnelle se sont réunis à trois reprises virtuellement (en contexte de pandémie de la COVID) en réunion régulière.

Les sujets traités par le Comité sont décrits ci-après, mais soulignons particulièrement la réalisation du protocole de transfusion massive et la disponibilité des concentrés de fibrinogène dans le traitement des hypofibrinogénémies acquises.

Je remercie les membres du Comité pour leur participation aux réunions ainsi que pour tout le travail accompli en 2021-2022.

D^r Antoine Rochon

Président du comité de médecine transfusionnelle

Membres du comité

D^r Antoine Rochon

Président du comité de médecine transfusionnelle

M^{me} Geneviève Bélanger

Assistante-chef laboratoire, banque de sang

M^{me} Alexandrine Bennour-Milliard

Coordonnatrice technique en banque de sang

M^{me} Caroline Masson

Coordonnatrice technique par intérim Banque de sang, Coagulation et Hématologie

M^{me} Marjolaine Dégarie

Chargée technique de sécurité transfusionnelle (HMR)

M^{me} Mariane Dompierre

Coordonnatrice des services d'électrophysiologie, d'hémodynamie, du court séjour et de la clinique de pacemaker

D^r Douglas Fish

Hématologue

M^{me} Guylaine Jalbert

Chargée technique de sécurité transfusionnelle (HMR)

D^r Yoan Lamarche

Chirurgien cardiaque, chef adjoint du département de chirurgie et chef du service des soins intensifs chirurgicaux

D^{re} Eileen O'Meara

Cardiologue, cheffe des services ambulatoires et de la clinique des anticoagulants

M^{me} Kathy Pelletier

Chargée de sécurité transfusionnelle (HMR)

M^{me} Élane Raymond

Cheffe du service de biologie médicale, du centre de prélèvement et de la clinique d'anticoagulothérapie

M^{me} Julie Richard

Coordonnatrice du bloc opératoire, URDM, perfusion clinique et service respiratoire

M^{me} Priscillia Taylor-Sammario

Conseillère intérimaire en gestion des risques et de la qualité

M. Stéphane Palm

Conseiller en gestion des risques et de la qualité

M. Armino Fernandes

Chef du service de perfusion

M^{me} Mélanie Charchalis

Conseillère en soins infirmiers

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XV : comité de médecine transfusionnelle

Sous l'autorité du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le comité de transfusion exerce son mandat en conformité des normes du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS).

15.1 – Composition

- Le directeur des services professionnels ;
- un représentant du département de chirurgie, un représentant du département d'anesthésie et un représentant du département de médecine ;
- le médecin responsable du service d'hématologie ;
- l'assistant-chef de la banque de sang ;
- le coordonnateur du département des laboratoires ;
- un hématologue de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, représentant de l'établissement désigné.

15.2 – Fonction

- Élaborer les buts et objectifs du comité de transfusion à être approuvés par le CMDP.
- Préciser le rôle et la fonction des membres du comité et préciser les liens hiérarchiques.
- Faire des recommandations concernant la distribution des produits sanguins.
- Veiller à ce que les procédures soient conformes aux politiques et aux pratiques établies.
- Étudier, s'il y a lieu, les dossiers où une situation à problèmes est décelée.
- S'assurer que les activités de contrôle sont menées afin de veiller à la collecte, à la compilation et à l'analyse des données concernant l'utilisation des produits sanguins.

15.3 – Réunions

Le comité se réunit au moins deux fois par année.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à 3 reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 24 novembre 2021
- 15 mars 2022
- 30 juin 2022

Objectifs

Le comité considère avoir accompli ses objectifs et rempli ses fonctions telles qu'attribuées au comité au règlement du CMDP.

Sujets abordés

Évaluation de la fonction plaquettaire

Le Comité a examiné l'utilité de l'ajout du moniteur de proximité Verify Now pour évaluer la fonction plaquettaire des patients sous inhibiteur du récepteur plaquettaire de l'ADP. L'évaluation est toujours en cours.

Disponibilité des concentrés de fibrinogène en remplacement des cryoprécipités

Les D^{rs} Fish et Rochon ont initié et participé à des réunions avec le comité consultatif national de médecine transfusionnelle (CCNMT) afin d'obtenir que les concentrés de fibrinogène soient disponibles pour le traitement des hypofibrinogénémies acquises.

Ces rencontres multipartites notamment avec des représentants du CHUM et de l'IUCPQ ont mené à la recommandation du CCNMT de rendre ces produits disponibles, recommandations reprises par l'INESSS en juin 2022.

Protocole de transfusion massive

Le protocole de transfusion massive, disponible depuis janvier 2021, a été optimisé à la suite de consultations et des simulations à la banque de sang. La version finalisée du protocole sera distribuée à l'automne 2022.

Lettre de notification aux receveurs

Les lettres de notification aux receveurs de transfusion sanguine ne sont pas toujours remises aux patients. Des démarches ont été entreprises pour améliorer la situation et le dossier fera l'objet d'un suivi à l'automne 2022.

Erreur transfusionnelle

Le suivi d'une erreur transfusionnelle survenu en salle d'opération à l'été 2021 a été fait et des mesures préventives mises en place afin d'éviter que cette situation ne se reproduise. Le dossier a aussi été traité à la gestion des risques.

Allocation C des culots O+

Un inventaire bas des culots O+ est survenu en cours d'année. Une collaboration entre la banque de sang et le planning chirurgical a permis qu'il n'y ait aucun impact pour les patients.

Conformité des tubes pour prélèvement

La mise en application de la mise à jour des normes de laboratoire CSA a eu lieu en janvier 2022 et l'implantation ainsi que le suivi de sa mise en application sur les unités de soins sont en cours.

Étude FARES 2

Four-Factor Prothrombin Complex Concentrate Versus Frozen Plasma in Bleeding Adult Cardiac Surgical Patients : A multicentre randomized controlled trial Cette étude devrait débiter vers la fin 2022.

Statistiques annuelles

Les statistiques annuelles sur l'utilisation des produits sanguins pour 2021-22 ont été déposées et examinées. Il n'y a pas de signaux alarmants. L'utilisation est stable.

Culots préparés pour cas en salle hybride

L'analyse des statistiques d'utilisation des culots globulaires pour les cas en salle hybride démontre que seulement 1% des culots préparés sont utilisés (4/323). Il est convenu de revoir la demande de préparation des culots pour ces procédures à faible de risque de saignement avec les cliniciens.

Comité d'admission et de séjour



Mot de la présidente

Bonjour à tous,

Premièrement, je voudrais remercier tous les membres du comité d'admission et de séjour pour leur participation assidue aux trois réunions de 2021-2022. L'année fut, encore une fois, chargée étant donné les déménagements reliés aux travaux pour Investir dans l'Excellence, la congestion hospitalière persistante, ainsi que la quatrième et cinquième vague de la pandémie COVID-19.

Le comité a su réviser de façon opportune toutes les procédures hospitalières nécessitant un ajustement en lien avec les déménagements prévus pour Investir dans l'Excellence et la congestion hospitalière. En particulier, le comité a collaboré avec le comité de fluidité hospitalière pour diminuer le délai d'admission des patients à l'urgence, poursuivi les travaux de centralisation des demandes de transfert, révisé la procédure de disponibilité d'un lit de soins intensifs et établi un plan de contingence pendant les fermetures de lits. Le comité a aussi travaillé à la mise en place de stratégies pour améliorer la communication avec les équipes médicales.

Ces travaux n'auraient pu être effectués adéquatement sans la collaboration et la proactivité de tous les membres du comité représentant les divers départements et services de l'ICM.

Sincères remerciements,

D^{re} Christine Henri

Présidente du comité d'admission et de séjour

Membres du comité

D^{re} Christine Henri

Présidente du comité d'admission et de séjour, cardiologue et cheffe du service de l'unité coronarienne

M^{me} Carole Boucher

Directrice des services multidisciplinaires

M^{me} Amélie Brasiola

Cheffe de l'unité des soins intensifs chirurgicaux et du SAPO

M^{me} Anie Brisebois

Directrice des soins infirmiers

M^{me} Mariane Dompierre

Coordonnatrice des services d'électrophysiologie, d'hémodynamie, du court-séjour et de la clinique de pacemaker

M. Marc-Antoine Ladouceur

Chef d'unité de l'urgence et de l'unité d'hospitalisation brève

M^{me} Radia Boukheroufa

Infirmière-cheffe de l'unité de chirurgie et du suivi systématique

M^{me} Myriam Pierre

Cheffe de l'unité de soins intensifs médicaux

M^{me} Caroline Yasconi

Cheffe de l'unité coronarienne

D^r Peter Guerra

Directeur des services professionnels intérimaire (durant les 2 premières réunions)

M. Benoit Richard-Béland

Chef de l'unité de médecine (4^e Centre)

M^{me} Mélanie La Couture

Présidente-directrice générale

D^r Yoan Lamarche

Chirurgien cardiaque, chef du service des soins intensifs chirurgicaux

D^r Mark Liszkowski

Cardiologue, chef des soins intensifs cardiaques et des services hospitaliers

D^{re} Hélène Pelletier

Omnipraticienne, département de médecine d'urgence

M. Marc-André Rainville

Gestionnaire de lits et de l'équipe volante en hémodialyse

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XIII : le comité d'admission et de séjour

Sous l'autorité du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP), le comité d'admission et de séjour exerce son mandat en conformité des normes du conseil

13.1 - Composition

- Le chef du service ou un représentant du département de médecine d'urgence ;
- le chef des services cliniques ;
- au moins trois membres actifs du CMDP dont un représentant du département de chirurgie et un représentant du département de médecine spécialisée ;
- coordonnateur des services d'électrophysiologie et d'hémodynamie ;
- le chef du service ou un représentant du service d'électrophysiologie ;
- un représentant de la direction des soins infirmiers ;
- le directeur des services professionnels ;
- gestionnaire des lits.

13.2 - Fonctions

- Élaborer les buts et objectifs du comité d'admission et de séjour à être approuvés par le CMDP.
- Préciser le rôle et la fonction des membres du comité et préciser les liens hiérarchiques.
- Faire des recommandations concernant les politiques en matière d'admission et de sortie des bénéficiaires.
- Donner avis sur l'organisation et la répartition des lits pour harmoniser les ressources de l'Institut en fonction du profil de la clientèle.
- Veiller à ce que les procédures soient conformes aux politiques et aux pratiques établies.
- Analyser les durées de séjour et faire les recommandations nécessaires en vue d'assurer qu'elles soient comparables aux normes établies.
- Étudier, s'il y a lieu, toute situation ayant une incidence directe ou indirecte sur les durées de séjour.
- S'assurer que des activités de contrôle sont menées afin de veiller à la collecte, à la compilation et à l'analyse des données concernant la gestion des lits.
- Proposer, s'il y a lieu, les mesures appropriées pour mieux contrôler et/ou réduire les durées de séjour.
- Élaborer toute politique et procédure nécessaire à une utilisation efficiente et efficace des lits.

13.3 - Fréquence des réunions

Le comité se réunit au moins quatre (4) fois par année.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à 3 reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 9 novembre 2021
- 28 mars 2022
- 8 juin 2022

Objectifs

Le comité considère avoir accompli les objectifs suivants :

- Collaborer avec le comité de fluidité hospitalière pour diminuer le délai d'admission des patients en attente d'un lit aux étages.
- Poursuivre avec l'hôpital numérique les travaux de centralisation des demandes d'admission et de transfert pour une meilleure efficacité des soins.
- Réviser la procédure de disponibilité d'un lit de soins intensifs sur les unités médicales et chirurgicales à la suite des déménagements vers le 3^e et 4^e nord.
- Établir un plan de contingence pendant la fermeture de 4 lits au 4^e centre dans le cadre de travaux en lien avec Investir dans l'Excellence.
- Soutenir les chefs d'unité dans la mise en place de stratégies pour améliorer la communication avec les équipes médicales.
- Clarifier la prise en charge médicale et infirmier(ère) des patients avec niveaux de soins alternatifs.

Sujets abordés

Les sujets abordés lors des réunions étaient les suivants :

Admission des patients de l'urgence et code 31

Les statistiques de l'urgence, notamment le délai d'admission à l'étage ainsi que la fréquence et la durée des codes 31 sont revues lors de chaque réunion pour s'assurer que les procédures en place soient adéquates. Des travaux conjoints avec le comité de fluidité ont mené à la révision de la procédure d'admission des patients à partir de l'urgence ainsi que la politique de planification des congés et la politique de retour en région éloignée pour améliorer l'efficacité sur les unités de soins.

Transfert inter hospitalier et disponibilité de lits de soins intensifs

La procédure de demande de transfert vers l'ICM a été améliorée en adaptant le logiciel Medsoins afin de préciser l'heure d'entrer de la demande, un descriptif et une priorisation de la demande. Grâce à un projet pilote en développement avec l'hôpital numérique, il devrait être éventuellement possible que les médecins entrent ces demandes via une application sur cellulaire. De plus, la procédure de disponibilité d'un lit de soins intensifs fut modifiée suite aux déménagements du 4^e est et des 5 lits de soins intensifs de l'unité coronarienne vers le 4^e nord ainsi que le déménagement du 3^e est vers le 3^e nord.

Fermeture de lits en lien avec les travaux d'Investir dans l'Excellence

Dans le cadre des travaux, quatre lits ont dû être fermés au 4^e centre. Des pistes de solutions ont été discutées ayant mené à un plan de contingence conjoint entre la direction des soins infirmiers et celles des services multidisciplinaires impliquant l'utilisation de civières du court séjour.

Communication avec les équipes médicales

Pour améliorer la communication entre les divers intervenants sur les unités de soins, des réunions quotidiennes de type mini-multi ont été instaurées impliquant l'assistant-infirmier chef, l'équipe médicale ainsi qu'un travailleur social pour améliorer la planification des congés et mieux définir le plan de soins des patients. Un aide-mémoire pour rappeler le fonctionnement sur les diverses unités a aussi été élaboré par les chefs d'unité pour uniformiser le travail des équipes médicales.

Patient avec niveau de soins alternatifs

Pour donner suite à nouvelle norme ministérielle, un niveau de soins alternatifs est attribué aux patients en attente de relocalisation dans un centre de soins longue durée ou de réadaptation. Au niveau médical, une seule visite par semaine ou lors de détérioration du patient est effectuée. Ceci fut discuté lors des réunions du département de médecine. Une ordonnance pré-imprimée individuelle (OPI) a été développée pour adapter les soins infirmiers requis par cette clientèle.

Approbation de documents

Le comité à approuver les documents suivants lors de ses fonctions :

- Procédure de disponibilité d'un lit de soins intensifs – DSI
- Plan de contingence pour la fermeture des lits du 4^e centre – DSI et DSM
- Procédure d'admission des patients à partir de l'urgence – DSI
- Politique de planification des congés – Comité de fluidité DSI et DSM
- Politique de retour en région éloignée – Comité de fluidité DSI et DSM

Sujets à venir

Le comité prévoit que les sujets suivants devront faire l'objet d'un suivi pour l'année 2022-2023 :

- Poursuivre le suivi des statistiques de l'urgence et des codes 31 et adapter les procédures en conséquence.
- Compléter le projet de centralisation des demandes de transfert avec l'équipe de l'hôpital numérique.
- Entamer des travaux conjoints avec le comité de choc pour optimiser la prise en charge des patients référés pour choc cardiogénique.
- Poursuivre la collaboration avec le comité de fluidité pour améliorer l'efficacité des soins sur les unités.
- Favoriser la communication entre les équipes médicales, infirmières et multidisciplinaire sur les unités de soins.

Comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections



Mot du président

L'année 2021-2022 en fut une autre bien occupée par la pandémie de la COVID-19 pour l'équipe de la prévention et contrôle des infections (PCI). En effet, les éclosions de COVID-19 ont été exigeantes pour la PCI et les équipes sur le terrain. Ceci a engendré un retard dans la réalisation des statistiques des infections nosocomiales, des audits d'hygiène des mains et dans l'avancement de bien d'autres projets. Malgré le manque d'effectif et le surplus de travail, l'équipe de PCI a contribué de manière significative à la gestion et au contrôle des infections afin de maintenir la mission de l'ICM ainsi que d'assurer notre plein potentiel chirurgical pour la province.

L'année 2021-2022 a été une année d'adaptation, de réorganisation de tous les secteurs d'activités. Malgré le contexte difficile de la pandémie et une diminution d'effectif, la PCI a adapté sa façon de faire afin de gérer les patients atteints de la COVID-19 et de maintenir une fluidité hospitalière. L'ICM a perdu le statut « vert » émis par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) à la cinquième vague.

En terminant, l'harmonisation des pratiques exemplaires en PCI et l'hygiène des mains resteront des dossiers d'avant-plan dans le but d'atteindre les cibles fixées par le MSSS.

Bien à vous,

D^r Richard Marchand

Président du comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections

Membres du comité

D^r Richard Marchand

Président du comité multidisciplinaire de prévention et de contrôle des infections, microbiologiste

M^{me} Sylvie Demers,

Conseillère à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers et à la prévention des infections

M^{me} Mariane Dompierre

Coordonnatrice des services d'électrophysiologie, d'hémodynamie, du court séjour et de la clinique de pacemaker

M^{me} Stéphanie Berger

Coordonnatrice de l'hygiène-salubrité, lingerie et déchets bioméd.

M^{me} Nathalie Gagné

Conseillère en soins infirmiers, prévention des infections

D^r Peter Guerra

Directeur des services professionnels intérimaire

D^r Raymond Cartier

Chirurgien cardiaque

M. David Langlois

Coordonnateur des services aux bâtiments

M^{me} Marie-Josée Laplante

Adjointe à la directrice des ressources humaines secteur personne et culture, santé, sécurité et qualité de vie au travail

M^{me} Julie Meilleur

Assistante-chef en microbiologie

D^{re} Blandine Mondésert

Cardiologue

D^r Gilles Murray

Microbiologiste

D^r Réda Ibrahim

Cardiologue

M. Marc-André Rainville

Gestionnaire de lits et de l'équipe volante en hémodialyse

M^{me} Éline Raymond

Cheffe du service de biologie médicale, du centre de prélèvement et de la clinique d'anticoagulothérapie

D^{re} Meggie Raymond

Anesthésiologiste

M^{me} Julie Richard

Coordonnatrice du bloc opératoire, URDM, perfusion clinique et service respiratoire

M. Stéphane Palm

Conseiller en gestion des risques et de la qualité

M^{me} Mélanie La Couture

Présidente-directrice générale

M^{me} Frédérique Beudet

Infirmière clinicienne - conseillère en prévention et contrôle des infections

M. Jean-Pierre El-Khoury

Pharmacien

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XVII : Comité multidisciplinaire de prévention et contrôle des infections

Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le comité multidisciplinaire de contrôle et de prévention des infections exerce son mandat en conformité des normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

17.1 - Composition

- Un médecin spécialiste du contrôle et de la prévention des infections, président ;
- la conseillère à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers et à la prévention des infections ;
- un(e) technicien(ne) en microbiologie ;
- le responsable du service d'hygiène et salubrité ;
- au moins un médecin représentant de chacun des départements suivants : anesthésie, chirurgie, médecine spécialisée ;
- le directeur des services professionnels ;
- la directrice des soins infirmiers ;
- l'adjointe à la directrice des ressources humaines - secteur personne et culture, santé, sécurité et qualité de vie au travail ;
- le responsable du service central ;
- un représentant du département de pharmacie ;
- une infirmière bachelière en prévention des infections.

Le comité pourra s'adjoindre, au besoin, toute autre personne-ressource, en particulier :

- l'infirmière-chef des soins intensifs chirurgicaux ;
- l'infirmière-chef de la salle d'opération ;
- l'infirmière-chef de l'unité des soins pré et post-opératoires éloignés.

17.2 - Fonctions

- Élaborer les buts et objectifs du programme de contrôle et de prévention des infections à être approuvés par le CMDP.
- Faire des recommandations concernant les politiques en matière de contrôle et de prévention des infections.
- Donner avis sur la pertinence d'utiliser de nouveaux antibiotiques.
- Veiller à ce que les procédures soient conformes aux politiques et aux pratiques établies.
- Analyser les rapports rédigés par le personnel affecté au contrôle et à la prévention des infections et faire les recommandations nécessaires.
- Étudier, s'il y a lieu, des dossiers où une infection nosocomiale est colligée.
- S'assurer que des activités de contrôle sont menées afin de veiller à la collecte, à la compilation et à l'analyse des données concernant les infections nosocomiales ainsi qu'à la déclaration de telles infections.
- S'assurer que des activités d'orientation, de perfectionnement et de formation continue reliées au contrôle et à la prévention des infections sont offertes au personnel de l'établissement.
- Proposer des mécanismes afin de faciliter la communication et la consultation entre le personnel affecté au contrôle et à la prévention des infections et les autres services internes et externes.
- Élaborer toute politique et procédure nécessaire à la bonne marche du programme de contrôle et de prévention des infections et établir des protocoles d'enquête concernant les épidémies.

17.3 - Fréquence des réunions

Le comité vise au moins cinq rencontres au moins par année. Le comité peut ajouter des rencontres selon l'émergence des bactéries ou des virus dans l'établissement ou toutes autres problématiques touchant la sécurité des patients.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à trois reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 27 septembre 2021
- 7 février 2022
- 15 juin 2022

Sujets abordés

COVID-19

- Mise à jour COVID-19 sixième vague
- Statistiques COVID-19 chez les patients et le personnel
- Préparation à la septième vague
- Projet d'évaluation machine PCR individuelle (ID NOW) COVID-19/Influenza
- Vaccination contre la COVID-19
- Utilisation des tests rapides pour le dépistage de la COVID-19
- Gestion d'écllosion liée à la COVID-19 : Document à l'intention des travailleurs de la santé de l'ICM

- Statistiques d'infection nosocomiales
- Protocole d'eau contaminée de l'établissement
- Protocole de désinfection des nouvelles unités 3^e Nord et 4^e Nord
- Fin de la garde PCI
- Audits sur l'hygiène des mains
- Variole Simienne

Au cours de la pandémie 2021-2022 à Montréal, la majorité des écloisions COVID-19 ont été secondaires à de la transmission communautaire au sein du personnel et par des visiteurs venant visiter les patients.

Pour la plupart des écloisions, la mise en place rapide des mesures préventives a limité la transmission nosocomiale et la durée de ces écloisions.

Bilan des déclarations d'écloisions à l'ICM 2021-22	Covid-19		Virus respiratoire Syncytial		DACD		BGNPC	
	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
Unités touchées	Écllosion	Patients reliés	Écllosion	Patients reliés	Écllosion	Patients reliés	Écllosion	Patients reliés
3 ^e Nord	1	2			1	1	1	5
3 ^e Centre	1	2			1	2		
4 ^e Nord	1	4						
4 ^e Centre	1	6 (1 DCD)	1	6				
UC	1	4						
CS								

Comité de réanimation cardiorespiratoire



Mot de la présidente

Le comité de réanimation de l'ICM tient à remercier tous les membres du comité et tous les employés de l'Institut de Cardiologie de Montréal qui ont contribué à la préparation, au déploiement et à l'application assidue des protocoles de réanimation, que ce soit en simulation ou en clinique. Ces efforts soutenus de collaboration portent fruit.

Le comité continue ses efforts pour assurer la bonne gestion des situations de réanimation intrahospitalières. À cet effet, beaucoup d'efforts ont été faits pour assurer une transition fluide vers IDE, de la planification, à la simulation pour en arriver à un déploiement sécuritaire et efficace. Les premiers déménagements ayant eu lieu avec succès, nous nous préparons activement pour les prochaines étapes.

Nous espérons les dernières vagues de COVID enfin derrière nous pour nous permettre de reprendre plusieurs projets suspendus en raison des efforts déployés pour la gestion COVID. Nous sommes toujours intéressés à entendre vos commentaires, rétroactions, idées en lien avec la réanimation cardiorespiratoire à l'ICM.

D^{re} Katia Dyrda

Présidente du comité de réanimation

Membres du comité

D^{re} Katia Dyrda

Présidente du comité de réanimation

D^{re} Valery Legris

Représentante des résidents

M^{me} Amélie Doherty

Adjointe au directeur de l'enseignement

D^{re} Anne-Frédérique Dupriez

Omnipraticienne au département de médecine d'urgence

M^{me} Émilie Escaffre

Cheffe d'unité de l'urgence et de l'unité d'hospitalisation brève (mi-mandat)

M. Marc-Antoine Ladouceur

Chef d'unité de l'urgence et de l'unité d'hospitalisation brève (mi-mandat)

D^{re} Geneviève Giraldeau

Cardiologue

D^r Peter Guerra

Directeur des services professionnels intérimaire

D^r Sébastien Trop

Chirurgien cardiaque

M. Nicolas Noël

Pharmacien

D^r Daniel Parent

Omnipraticien au département de chirurgie

M^{me} Isabelle Robert

Responsable du service de perfusion clinique

D^r Nicolas Rousseau-Saine

Anesthésiologiste

M^{me} Julie Richard

Coordonnatrice du bloc opératoire, URDM, perfusion clinique et service respiratoire

Membres invités ad livraison IDE

M^{me} Amandine Mériau

Conseillère développement organisationnel et responsable des ressources bénévoles

M^{me} Mirela Petre

Conseillère en bâtiment

M^{me} Alexia Bouchard-Saindon

Chargée de projet GBM, Ingénieure

D^r Nicolas Thibodeau-Jarry

Cardiologue

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XVIII: comité de réanimation cardiorespiratoire

Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le comité de transfusion exerce son mandat en conformité des normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

18.1 - Composition

- Le chef des services cliniques ;
- un représentant du département de médecine spécialisée ;
- un représentant du département de médecine d'urgence ;
- un représentant du département d'anesthésie ;
- un représentant inhalothérapeute ;
- l'infirmière-chef du département de médecine d'urgence ;
- le résident coordonnateur ou son représentant ;
- la directrice des soins infirmiers ou sa représentante.

18.2 - Fonction

18.2.1 - Organiser et optimiser le fonctionnement et le déroulement de la réanimation cardiorespiratoire («code») afin d'atteindre le plus haut niveau de performance.

Afin d'atteindre cet objectif, le comité devra :

- déterminer les situations et diagnostics principaux concernés ;
- déterminer les intervenants et leur rôle respectif ;
- déterminer les compétences requises pour participer en tant que membre des équipes de réanimation cardiorespiratoire ;
- s'assurer du bon déroulement et du fonctionnement des réanimations ;
- évaluer toute nouvelle technique de réanimation ;
- s'assurer que les techniques utilisées lors de réanimation soient conformes aux normes.

18.2.2 - Enseignement et éducation médicale continue

- Optimiser le déroulement des réanimations cardiorespiratoires à l'ICM et d'en profiter comme activité de formation.

18.3 - Réunions

Le comité se réunit au moins deux fois par année.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à 4 reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 23 septembre 2021
- 9 décembre 2021
- 17 mars 2022
- 9 juin 2022

Objectifs

Les objectifs du comité en début d'exercice se déclinaient ainsi :

- Assurer la mise en place de protocoles de réanimation sécuritaires et en règle avec les changements dans les lignes directrices.
- Assurer une transition vers IDE sécuritaire et efficace.
- Harmonisation des différents protocoles de réanimation.

Le comité considère avoir accompli ces objectifs.

Sujets abordés

Réanimation intrahospitalière

- Révision de cas cliniques, des outils disponibles et nécessaires lors de situations de réanimation, de leur bonne fonction et de leur remplacement en cas de besoin. Évaluation des besoins des divers services, département, unités de soins et plateaux techniques. Audit des chariots à code et révision des contenus dans le contexte COVID pour limiter pertes et péremption de médicaments dans le contexte actuel de pénurie et/ou difficulté d'approvisionnement.
- Emphase mise sur la stratégie de « *load & go* » vers le lieu de travail le plus propice et sécuritaire (urgence, unité de soins ou plateau technique) plutôt qu'une prise en charge complète sur le lieu de l'arrêt cardiaque pour les situations de réanimation hors unités avec fréquents rappels aux équipes.
- Advenant qu'un employé sans formation préalable en réanimation cardiorespiratoire soit la première personne présente, il est convenu par le comité que l'employé doit lancer le code bleu, et suivant le principe de la loi sur le bon samaritain, doit ensuite commencer à effectuer les manœuvres de massage cardiaque jusqu'à l'arrivée d'une personne formée en RCR qui va pouvoir prendre la relève. Le comité propose que tous les employés de l'ICM, peu importe leur titre d'emploi, devraient avoir une formation de RCR dans les semaines suivant leur embauche.

Simulations

- Activités de simulations de réanimation sur diverses unités, protocoles protégés et réguliers, ainsi que dans les locaux de formation.
- Grande implication continue de la direction de l'enseignement
- Discussions poursuivies pour motiver la participation aux simulations et exploration de la possibilité de mandater la participation pour le maintien de la compétence. Le comité recommande que tous les intervenants qui ont à intervenir sur les codes bleus participent à au moins une simulation par année.

Formations en réanimation à l'ICM & ré-certifications

- Offre de bourses maintenue pour des formations en ACLS.
- Reprise des formations en ACLS suspendues ou imitées par COVID.

Déploiement de nouvel équipement

- Nouvel équipement déployé dans les structures/unités de soins IDE avec formation et accompagnement

Révision et mise à jour de documents (en cours/à venir)

- Protocole eCPR
- Protocole réanimation chez patients porteurs de DAV
- Révision du formulaire de documentation des réanimations cardiorespiratoires intrahospitalières avec but d'informatiser ce document
- Mise à jour des feuilles sommaires pour inclure onglet réanimation cardiorespiratoires dans le but de bien capturer les données et permettre une évaluation de la qualité de l'acte.

Comité de pharmacologie



Mot du président

Dans un premier temps, je souhaiterais remercier tous les membres du comité qui se réunissent régulièrement pour discuter des différents problèmes et solutions concernant l'accessibilité des médicaments, de l'utilisation de ceux-ci et des incidents reliés aux médicaments à l'ICM. Je voudrais remercier aussi tous les cliniciens qui ont été invités à prendre part aux activités du comité de pharmacologie de l'ICM. L'implication de tous ces participants dans le processus décisionnel est primordiale pour assurer l'excellence du service pour nos patients. Les réunions sont toujours très informatives et très efficaces grâce au travail de Mme Martine Lacroix, cheffe du Département de Pharmacologie et des autres membres du département qui viennent tour à tour présenter des revues de littérature exhaustives sur les différents médicaments et protocoles sous discussion.

Cette année comme vous serez à même de le constater le comité de pharmacologie s'est penché sur des dossiers parfois difficiles et controversés. À toutes ces occasions, le patient reste au centre de nos recommandations. Le comité s'est senti supporté par les cliniciens pour ces recommandations, et c'est fort de ce sentiment d'approbation, que le comité continue son mandat.

Comme pour tous les autres comités, notre fonctionnement a été affecté par la pandémie, mais en rétrospective, nos réalisations ont été peu affectées par cette nouvelle façon de faire. Le comité a donc poursuivi ses évaluations avec la vigueur et rigueur qu'on lui connaît et en produisant de nombreux avis et note d'information sur des sujets variés. Le tout conformément au mandat du comité de pharmacologie.

En espérant que la lecture du présent rapport vous permette d'apprécier tous les efforts déployés par votre comité de pharmacologie.

Bonne lecture.

D^r Alain Deschamps

Président du comité de pharmacologie

Membres du comité

D^r Alain Deschamps

Président du comité de pharmacologie

D^{re} Valéry Legris

Représentante des résidents

M. Denis Brouillette

Pharmacien

M^{me} Martine Lacroix

Cheffe du département de pharmacie

D^{re} Eileen O'Meara

Cardiologue

D^{re} Michèle Lucey

Omnipraticienne au département de médecine d'urgence

D^r Peter Guerra

Directeur des services professionnels intérimaire

D^r Raymond Cartier

Chirurgien cardiaque

D^r Shaun Selcer

Interniste

Invités

M. Arnaud Canneva

Pharmacien

D^{re} Jennifer Cogan

Anesthésiste

M. Julien Quang Le Van

Pharmacien

M^{me} Guylaine Pelletier

Nutritionniste

M^{me} Christine Dinh

Pharmacienne

M^{me} Sylvia Audet

Pharmacienne

M^{me} Léa Turgeon-Mallette

Pharmacienne

D^{re} Danielle Grandmont

Médecine palliative

D^r Guillaume Marquis-Gravel

Cardiologue

M^{me} Viviane Lavigne

Pharmacienne

M. Nicolas Noël

Pharmacien

M^{me} Jeannie Medeiros

Charbonneau
Pharmacienne

D^r Nicolas Rousseau-Saine

Anesthésiste

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XI : Le comité de pharmacologie

11.1 - Composition

Le comité de pharmacologie est composé d'au moins quatre membres actifs du CMDP dont le chef du département de pharmacie ou un pharmacien du centre.

Réf. : ROAÉ, a. 104

11.2 - Fonctions

Le comité de pharmacologie doit assumer les fonctions suivantes :

- Apprécier les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments dans le centre, notamment par des études rétrospectives de dossiers de bénéficiaires et par des vérifications de l'utilisation des médicaments.
- Faire l'évaluation des dossiers des bénéficiaires ayant présenté des réactions nocives et des allergies médicamenteuses.
- Conseiller le chef du département de pharmacie ou le pharmacien sur les règles d'utilisation des médicaments dans l'établissement.
- Évaluer les demandes d'utilisation de médicaments pour fins de recherche clinique et fondamentale ou de médicaments de nécessité médicale particulière.
- Conseiller le chef du Département de pharmacie dans la sélection des médicaments pour utilisation courante dans le centre à partir de la liste visée à l'article 116 de la Loi en fonction de leur dénomination commune, de leur teneur et de leur forme pharmaceutique.

- Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.

Réf. : ROAÉ, a. 105

11.3 - Fréquence des réunions

Le comité doit siéger un minimum de quatre fois par année.

Calendrier des réunions

Le comité s'est réuni à six reprises lors de l'année 2021-2022 soit les :

- 3 novembre 2021
- 15 décembre 2021
- 12 janvier 2022
- 16 mars 2022
- 13 avril 2022
- 25 mai 2022

Objectifs

Les objectifs du comité en début d'exercice se déclinaient ainsi :

- Effectuer les fonctions attendues en vertu du règlement du CMDP.
- Communiquer les évaluations du comité de pharmacologie.
- Effectuer la surveillance des ruptures d'approvisionnement.

Sujets abordés

Rupture d'inventaire

Un suivi des ruptures d'inventaire, de leurs impacts et des démarches d'approvisionnement en cours est effectué à chaque réunion.

Audit sur l'antibioprophylaxie préopératoire

Présenté par : M. Julien Quang Le Van, pharmacien

Une revue de l'utilisation des médicaments ayant pour objectif de décrire l'utilisation de l'antibioprophylaxie préopératoire chez les patients en chirurgie cardiaque et en EPS a été effectuée selon les quatre aspects suivants :

- Évaluation du choix d'antibiotiques selon les antécédents d'allergies du patient.
- Évaluation du dosage de l'antibiotique selon le poids du patient.
- Évaluation du délai d'administration entre le début de l'antibioprophylaxie et l'incision chirurgicale initiale.
- Évaluation du choix d'antibiotiques selon son statut SARM.

De nombreuses recommandations ont émané de cette étude.

Revue de l'utilisation de l'Amiodarone

Suite à un incident, le comité a décidé de créer une note d'information sur la surveillance des traitements d'amiodarone. Cette note destinée aux médecins de famille a pour objectif d'assurer une utilisation sécuritaire à long terme de l'amiodarone.

Protocole de prise en charge des dyslipidémies

Présenté par : M. Julien Quang Le Van, M^{me} Léa Turgeon-Mallete, M. Denis Brouillette et D^r Jean Grégoire

Une présentation aux membres du comité a été effectuée concernant la prise en charge des dyslipidémies selon les recommandations de la Société Canadienne de Cardiologie 2021.

Vaccination contre l'influenza

Les membres du comité ont dû évaluer certaines questions en lien avec la vaccination de la COVID-19 et la vaccination contre l'influenza.

Les membres du comité ont dû se positionner quant au moment opportun d'administrer les vaccins de la COVID-19 et de l'influenza.

Protocole de gestion de la douleur

Présenté par : M. Arnaud Canneva, pharmacien
Invitée : D^{re} Jennifer Cogan, anesthésiste

Les membres du comité se sont penchés sur une proposition de modification du protocole de gestion de la douleur.

Évaluation des solutions d'alimentation parentérale et des lipides intraveineux

Présenté par : M^{me} Guylaine Pelletier, nutritionniste et M. Julien Quang Le Van, pharmacien

Le comité a procédé en collaboration avec le service de nutrition, à la révision des solutions standards d'alimentation parentérale et de lipides.

Colchicine 0,5 mg

Présenté par : M. Julien Quang Le Van, pharmacien
Invité : D^r Guillaume Marquis-Gravel, cardiologue

La commercialisation des comprimés de colchicine à la dose de 0,5 mg a entraîné une évaluation de cette nouvelle formulation pour le formulaire de l'institut.

Infections urinaires

Présenté par : M^{me} Jeannie Medeiros Charbonneau, pharmacienne

L'antibiothérapie de l'infection urinaire a été évaluée et plusieurs recommandations ont été émises.

Protocole de prise en charge des patients atteints de COVID

Présenté par : M. Arnaud Canneva, pharmacien

Un protocole de traitement de la COVID a été rédigé pour encadrer l'utilisation des médicaments antiviraux récemment commercialisés.

Dofetilide

Présenté par : M. Nicolas Noël, pharmacien

La dofétiline est un médicament dont le coût n'est pas assumé par la RAMQ. Aussi, afin d'assurer une utilisation adéquate le sujet a été révisé pour déterminer l'usage approprié de ce médicament.

Effets secondaires vaccin COVID

Présenté par : M^{me} Viviane Lavigne, pharmacienne

Suite à l'usage étendu des vaccins à ARN, des effets secondaires cardiaques ont été rapportés. Le comité a donc révisé les effets secondaires cardiaques rapportés avec ces vaccins.

Ranolazine

Présenté par : M. Arnaud Canneva, pharmacien et D^r François Simard, cardiologue

L'utilité de la ranolazine a été révisée suite à sa commercialisation.

Recommandation de l'INESSS Myinfla

La publication de la recommandation du Myinfla a été révisée pour être appliquée dans notre centre.

Sotrovimab et Paxlovid

L'utilisation des antiviraux a été ré-évaluée suite à la remise en question de la sensibilité de ces agents sur la souche Omicron.

Les laxatifs

Présenté par : M^{me} Léa Turgeon-Malette, pharmacienne et D^{re} Danielle Grandmont, médecine palliative

Le protocole de traitement de la constipation a été revu et il a été décidé de retirer du formulaire le docusate.

Dispensation de la Naloxone en prévention de l'intoxication

Présenté par : M^{me} Christine Dinh, pharmacienne

Ce dossier avait pour objectif d'identifier les patients pouvant bénéficier de la naloxone et de la façon dont le médicament sera distribué.

Le Toradol en EPS

Présenté par : M. Denis Brouillette, pharmacien et D^r Nicolas Rousseau-Saine, anesthésiste

L'usage du Toradol en EPS a été évalué en regard de son statut de médicament non inscrit sur la liste des établissements de santé. D^r Antoine Rochon a porté ce dossier depuis l'été 2021 jusqu'à la réunion du Comité, D^r Nicolas Rousseau-Saine a facilité l'instauration de la prescription sur Compurecord pour administrer le Toradol en EPS.

Traitement pour la COVID-19 : EVUSHELD

Le comité a évalué l'utilité de ce médicament suite à sa commercialisation.

Les Biosimilaires

Présenté par : M^{me} Jeannie Medeiros Charbonneau, pharmacienne

Le dossier des biosimilaires a été révisé et plusieurs recommandations ont été émises pour la gestion du formulaire.

Étude sur la thrombose veineuse profonde et les embolies pulmonaires

Présenté par : M^{me} Sylvia Audet, pharmacienne

Les cas de thromboembolie ont été révisés pour évaluer le bon usage de la thromboprophylaxie. Plusieurs recommandations ont été émises.

Bulletins

- Bulletin vert #3 de 2020-2021
- Bulletin vert #1 et #2 de 2021-2022
- Bulletins effets indésirables

Sujets à venir

Le comité prévoit que les sujets suivants devront faire l'objet d'un suivi pour l'année 2022-2023 :

- Audit sur la compliance au protocole d'héparine et sur sa performance
- Utilisation du fer intraveineux en clinique d'insuffisance cardiaque
- Utilisation du Sugammadex pour renverser la paralysie chez les patients de chirurgie cardiaque, recommandations de l'INESSS.

Comité d'écho ciblée



Mot du président

L'institut de cardiologie de Montréal (ICM) est un centre d'excellence dans la prise en charge de patients avec maladie cardiaque. Or, cette prise en charge implique l'évaluation clinique de patients qui se présentent à l'urgence, en consultation externe, en pré et post-opératoire et aux soins intensifs. L'évaluation de ces patients

se fait par l'histoire médicale, l'examen physique et l'obtention de différents tests diagnostiques : sanguins, électrocardiographique et d'imagerie médicale. Actuellement, l'utilisation de l'échographie ne se limite plus à un test diagnostique, mais fait partie prenante de l'examen physique. Elle est considérée par plusieurs comme étant le 5^e pilier de l'examen physique¹. Dans un article de 2021 du «*New-England Journal of Medicine*» l'échographie ciblée ou le «*Point-of-care ultrasonography*» se définit par l'acquisition, l'interprétation et l'intégration immédiate de l'imagerie obtenue par ultrasons exécutés par le professionnel de santé au chevet d'un patient dont il a la responsabilité clinique.

Toutefois l'utilisation des ultrasons dans les soins des patients nécessite une formation et l'objectif principal du comité d'écho ciblé est de promouvoir l'excellence et la collaboration interdisciplinaire dans cette formation, dans l'éducation et la recherche en échographie pour les médecins, résidents, technologues, professionnels de la santé et stagiaires de l'ICM. Le comité s'assurera de respecter les domaines de compétence et les droits de pratique des différents professionnels lors de la création de ces formations.

Le 20 août 2021, une lettre d'intention pour la création du comité d'échographie ciblée a été envoyée au président du CMDP et le 17 octobre, le CMDP a approuvé cette demande. L'organisation et les objectifs du comité ont été présentés à l'assemblée générale du CMDP le 9 décembre 2021. Le comité exécutif est composé des **D^r Nicolas Thibodeau-Jarry**, **D^{re} Sinda Guizani**, **D^{re} Julie Robillard** et **D^r André Denault**. Les membres du comité incluent des représentants de tous les secteurs d'activités de l'ICM où l'échographie est utilisée. Le comité inclut aussi de nombreux *fellows*, résidents et étudiants en médecine.

Depuis la création de ce comité en 2021, six réunions ont eu lieu ainsi que des activités d'enseignement et de formation. Parmi ces activités

d'enseignements qui ont été organisées par les membres du comité exécutif au centre de simulation où plus de 200 participants ont utilisé les nouvelles installations du centre.

On note les activités suivantes :

- 23, 25, 26 octobre et 9 novembre 2021 : formation en échographie ciblée des *fellows* du programme de soins intensifs adultes (n = 6) et pédiatriques (n = 4) de l'UDEM.
- 1-3 novembre 2021 : formation des résidents 3^e année en anesthésie de l'UDEM en échographie transœsophagienne (n = 8)
- 8-10 novembre 2021 : formation en échographie pulmonaire pour les étudiants en médecine de l'UDEM de 2^e année. Projet pilote incluant 60 étudiants.
- 18 et 19 janvier 2022 : formation des urgentologues de l'ICM en échographie ciblée (n = 4)
- 18 au 21 mai 2022 : congrès international hybride du HR2022. Cours Il y avait 2 programmes : 1- *The resuscitator* et 2- *The hospitalists*. Des ateliers axés sur la réalité augmentée, les techniques échoguidées et l'échographie transœsophagienne en arrêt cardiaque étaient aussi donnés en plus de conférences (participants n = 50, participants en ligne n = 80). <https://ccusinstitute.wixsite.com/ccus/events/h-r2022>
- Organisation annuelle d'un «*bootcamp*» en échocardiographie transthoracique pour tous les nouveaux résidents en cardiologie
- Développement d'une formation en échocardiographie transœsophagienne pour les résidents en cardiologie

Au cours de l'année académique 2022-23, plusieurs journées de formation en échographie sont prévues pour la formation des urgentologues (12-14 juillet), résidents en anesthésie (26 au 28 juillet), *fellows* en soins intensifs (15 et 22 août), IPS (2 septembre). De plus, la mise en place d'un manuel d'objectifs et de formation par spécialités et programme est en développement. La mise en place d'un symposium en écho ciblée et d'autres formations sont prévues en 2022-23.

André Denault, MD, FRCPC, FASE, FCCS

Président du comité d'écho ciblée

Membres du comité

Comité exécutif

D^r André Denault

Anesthésiste et responsable de la formation en écho ciblée en anesthésie et soins intensifs

D^r Nicolas Thibodeau-Jarry

Cardiologue, responsable de l'enseignement au laboratoire d'échocardiographie

D^{re} Julie Robillard

Radiologiste

D^{re} Sinda Guizani

Omnipraticienne et représentante du département de médecine d'urgence

Comité d'écho ciblée

Anesthésiologistes

D^r Adrian Costescun

D^{re} Geneviève Riendeau-Beaulac

Personnel infirmier

M. Ali Hammoud

Enseignement

M^{me} Amélie Doherty

M^{me} Joëlle Jolicoeur

Médecine d'urgence

D^{re} Anne-Frédérique Dupriez

D^{re} Julie Sirois

Résidents

D^{re} Anne-Marie Gravel

D^{re} Audrey Lacasse

D^{re} Elena Saade

D^r Francis Charbonneau

D^r Frédéric Leblanc

D^{re} Josiane Proulx

D^{re} Tara Dignazo

Technologues

M^{me} Christine Day-Lacasse

M^{me} Nicole Lemon

Recherche

M. Denis Babin

Fellow en échocardiographie

D^r Hugo Lortie

Physiothérapeutes

M^{me} Julie Arsenault

M^{me} Marie-Pier Monette

M^{me} Rachel Brosseau

M^{me} Silvana Caroso

Intensiviste

D^r Lior Bibas

Radiologiste

D^{re} Magali Pham

Néphrologue

D^r William Beaubien-Souigny

Génie biomédical

D^r William Hébert L'Heureux

Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ICM

Chapitre XXI : comité d'échographie ciblée

Sous l'autorité du CMDP, le comité d'échographie ciblée exerce son mandat en conformité avec le règlement du CMDP.

21.1 Composition

Les représentants du comité proviendront de chacune des spécialités de l'ICM ou l'utilisation de l'échographie ciblée est utilisée.

Le comité exécutif est composé des membres suivants :

- La cardiologie, soit le directeur académique du centre de simulation de l'ICM.
- La médecine d'urgence, soit le chef du département de médecine d'urgence de l'ICM et deux représentants.
- L'anesthésiologie/soins intensifs : soit le responsable de la formation en écho ciblée en anesthésie et soins intensifs.

Les membres suivants agiront à titre de consultants :

- du laboratoire d'échocardiographie, soit le technologue en chef de la radiologie ;
- le médecin responsable de l'enseignement au laboratoire d'échocardiographie ;
- le chef du service ou un représentant du département de l'urgence ;
- le chef du département ou un représentant du département d'anesthésiologie ;
- le chef du service ou un représentant du service d'échocardiographie ;
- le chef du service ou un représentant du département d'imagerie ;
- le chef du service ou un représentant du service des soins intensifs chirurgicaux ;
- le chef du département de médecine ;
- un technologue du laboratoire d'échocardiographie ;
- le directeur des services professionnels.

21.2 Objectifs et fonctions

- Promouvoir l'excellence et la collaboration interdisciplinaire dans la formation, l'éducation et la recherche en échographie des médecins, résidents, technologues, stagiaires de l'ICM.
- Établir un niveau d'expertise de base en échographie ciblée (cardiaque et pulmonaire au minimum) au sein de l'ICM, afin de créer un centre quaternaire avec une expertise innovatrice et révolutionnaire qui contribuera à la formation internationale de nos résidents et stagiaires.
- Faire un inventaire des ressources disponibles pour l'enseignement de l'échographie à l'Institut de cardiologie de Montréal: appareils, simulateurs, fantômes, échographiques, cours disponibles, etc.
- Identifier les objectifs et besoins de formation de chacune des spécialités: cardiologie, médecine d'urgence, médecine interne, anesthésiologie, soins intensifs et chirurgie cardiaque.
- Mise en place d'un curriculum de formation de base en échographie « boot-camp » en début d'année académique : écho cardiaque de base, poumon et accès vasculaire échoguidé.
- Mise en place d'un curriculum avancé : maîtrise des vues avancées du cœur et recherche des anomalies régionales de contractilité (ARC).
- Identification des projets de recherche en échographie et des ressources disponibles pour leur réalisation.
- Évaluations des appels d'offre d'achat d'équipement lié à l'utilisation de l'échographie ou équipement utile pour l'enseignement (simulateurs par exemple).
- Mise en place de réunions mensuelles interdisciplinaires en échographie, de cours en ligne et d'une journée annuelle de formation interdisciplinaire (ou congrès) en échographie.
- Création d'une base informatique d'exportation des examens d'écho ciblée pour évaluation de la qualité des examens et rétroaction.

21.3 Fréquence des réunions

Le comité se réunit mensuellement au moins dix (10) fois par année.

Comité choc cardiogénique



Mot des présidents

L'Institut de Cardiologie de Montréal est un centre quaternaire ultra spécialisé en soins cardiovasculaires avancés dont l'une des missions est d'être un centre de niveau 1 pour la prise en charge des patients en état de choc cardiogénique qui nécessitent des soins avancés. La mortalité hospitalière de ces patients reste élevée, proche de 50%. Chaque année, environ 150 patients avec un diagnostic de choc cardiogénique sont admis annuellement, directement depuis le domicile, via l'urgence, ou en provenance d'un autre centre hospitalier. Ces patients nécessitent une prise en charge en urgence combinée à une coordination d'importantes ressources en soins critiques dont un monitoring invasif continu voire une assistance circulatoire mécanique dans 10 à 20% des cas. Ainsi, une prise en charge multidisciplinaire standardisée ou « *shock team* » a montré un bénéfice en termes de survie et représente maintenant un modèle de pratique standard en Amérique du Nord.

Au cours des dernières années, un groupe de travail a identifié un besoin d'améliorer et de standardiser la prise en charge des patients en choc cardiogénique sein de l'Institut de Cardiologie et pour les centres référents.

Dans ce contexte, le CMDP a approuvé la création d'un comité dédié au choc cardiogénique en mai 2022. L'organisation et les objectifs du comité ont été présentés à l'Assemblée générale du CMDP le 15 juin 2022.

Ce comité se veut volontairement inclusif et de nombreux membres des différentes spécialités seront consultés régulièrement. Depuis sa création le comité s'est réuni à 2 reprises :

- Le 27 mai 2022 : définition des objectifs et plan d'action à court terme
- Le 8 Juillet 2022 : présentation de l'organisation de « l'équipe de choc » et mise en place d'un numéro unique pour les centres référents. Les cardiologues impliqués dans la défaillance cardiaque avancée sont au centre de l'équipe et seront impliqués dans 100 % des cas. Un téléphone cellulaire relié au numéro unique est mis à disposition du cardiologue de garde au 4^e Nord.

Objectifs et Vision

- Établir un système de soins pour une prise en charge régionale et suprarégionale du choc cardiogénique.
- Établir l'ICM en tant que centre de choc à jour selon des standards nord-américains, qui sera un chef de file et de leadership à l'échelle provinciale.

Objectifs spécifiques du comité choc :

1. **Mise en place et standardisation d'une organisation interne pour la prise en charge des patients en choc cardiogénique**
 - Définir la composition et les rôles de l'équipe de choc cardiogénique
 - Définir le parcours de soins des patients en choc cardiogénique
 - Valider un algorithme institutionnel pour les critères de mise en place et choix d'assistance circulatoire
 - Optimiser les stratégies de communication en interne
 - Supporter la formation du personnel infirmier et autres professionnels de la santé, via la simulation

2. Suivi de la qualité de l'acte

- Traçabilité des appels
- Amélioration continue de la qualité des soins par un processus itératif basé sur des données cliniques (analyse rétrospective et collecte prospective de données par l'entremise de POWER BI)
- Suivi des aboutissements cliniques « *outcomes* » de la prise en charge institutionnelle et suprarégionale des patients en charge (par l'entremise de POWER BI)

3. Au niveau provincial :

- Mise en place d'un projet pilote : approche par système de soins pour le triage et le transfert de patients en choc cardiogénique avec les centres référents de l'ICM basé sur le modèle de « *spoke & hub* ».

Fonctionnement du Comité

Quorum : 5/7 membres du comité exécutif.

Adoption des mesures votées : 5/7 voix favorables. En l'absence de consensus, les présidents auront le devoir de statuer.

Fréquence des réunions : aux 3 mois minimum.

Rapport annuel d'activités au CMDP : Hung Ly & Pierre-Emmanuel Noly

Membres du comité

Comité exécutif

D^r Hung Ly

Cardiologue hémodynamicien et co-président du comité choc cardiogénique

D^r Pierre-Emmanuel Noly

Chirurgien cardiaque et co-président du comité choc cardiogénique

D^{re} Anique Ducharme

Cardiologue, insuffisance cardiaque avancée

D^{re} Marie-Claude Parent

Cardiologue, insuffisance cardiaque avancée

D^r Yoan Lamarche

Chirurgien cardiaque et responsable des soins intensifs chirurgicaux (3^e Nord)

D^r Robert Avram

Cardiologue hémodynamicien

D^r Lior Bibas

Cardiologue intensiviste à l'ICM et à l'Hôpital Pierre-Boucher

Membres qui interviendront à titre de consultants

(liste non exhaustive) :

D^r Mark Liszkowski

Cardiologue, insuffisance cardiaque avancée, et responsable des soins intensifs cardiologiques (4^e Nord)

D^r Athanase Courbe

Anesthésiste

D^{re} Julie Sirois

Cheffe du département de médecine d'urgence

M. Armindo Fernandes

Perfusionniste

M^{me} Julie Todd

Agente de planification, programmation et recherche

Bilan financier 2021-2022

Le CMDP enregistre un bénéfice net de 13 305,75\$ à la fin de l'exercice financier se terminant le 30 avril 2022. Le surplus est attribuable au fait que le souper annuel, qui représente une dépense substantielle, n'a pas eu lieu dû à la pandémie.

Un chèque de 7 000\$ est en circulation. Il représente le montant envoyé à CMaRS afin de mettre fin au contrat signé pour une période de 5 ans.

Une recommandation de conserver les cotisations au même montant que l'an dernier a été adoptée à l'unanimité par les membres du CMDP lors de l'assemblée générale annuelle du 15 juin 2022. La cotisation pour un membre actif demeure donc à 375\$ et celle d'un membre associé à 150\$

CMDP de l'Institut de Cardiologie de Montréal			
ÉTAT DES RÉSULTATS COMPARATIF			
	Réel 2020-05-01 au 2021-04-30	Réel 2021-05-01 au 2022-04-30	
PRODUIT			
Cotisations des membres	54 787,50	57 430,06	
Autre produit			
Revenu d'intérêts	453,61	622,52	
TOTAL PRODUIT	55 241,11	58 052,58	
CHARGE			
Frais généraux d'administration			
Versements président et officiers	18 750,00	36 825,00	
Membership ACMDPQ	13 659,04	4 505,58	
Dons et cadeaux	500,00	50,00	
Remboursement de cotisation	0,00	93,75	
Courrier & frais postaux	0,00	10,58	
Fournitures de bureau	168,35	869,81	
Rapport annuel	1 278,44	1 225,32	
Téléphone	339,00	1 166,79	
Total - Frais généraux d'administration	34 694,83	44 746,83	
TOTAL CHARGE	34 694,83	44 746,83	
BÉNÉFICE NET	20 546,28	13 305,75	

