



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire enfant

Montréal, QC

Séquence 2

Dates de la visite d'agrément : 12 au 16 mai 2019

Date de production du rapport : 14 juin 2019

Au sujet du rapport

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en mai 2019. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	11
Résultats détaillés de la visite	13
Résultats pour les manuels d'évaluation	14
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	14
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	16
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	18
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	20
Annexe A - Programme Qmentum	21

Sommaire

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 12 au 16 mai 2019**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Jeunesse

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	7	0	0	7
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	33	0	0	33
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	102	0	11	113
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	9	0	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	116	0	2	118
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	23	0	0	23
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	109	0	3	112
 Efficacité (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	400	0	16	416

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Jeunesse									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	57 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0	111 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	25 (100,0%)	0 (0,0%)	8	63 (100,0%)	0 (0,0%)	2	88 (100,0%)	0 (0,0%)	10

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	34 (100,0%)	0 (0,0%)	3	50 (100,0%)	0 (0,0%)	2	84 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Total	156 (100,0%)	0 (0,0%)	11	215 (100,0%)	0 (0,0%)	4	371 (100,0%)	0 (0,0%)	15
Total	156 (100,0%)	0 (0,0%)	11	215 (100,0%)	0 (0,0%)	4	371 (100,0%)	0 (0,0%)	15

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

À la suite de la tentative de regroupement avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en 2015, les représentants du CHU Sainte-Justine et leurs partenaires stratégiques ont fait en sorte que l'établissement redevienne autonome, ce qui a entraîné une restructuration de son organisation. Ainsi, un nouveau conseil d'administration a été mis en place en septembre 2018 et une nouvelle présidente-directrice générale est entrée en fonction en décembre 2018. Certains postes de directeurs se retrouvent également à l'affichage actuellement.

Néanmoins, les équipes en place ont su garder le cap sur les orientations et sur les stratégies basées sur une vision du futur, une philosophie axée sur l'innovation et la recherche, une culture d'amélioration et d'interdisciplinarité bien ancrée, incluant la cogestion médicale. Ont aussi été maintenus un climat de travail sain et une participation très intégrée des patientes et patients. Ce partenariat avec les patientes et les jeunes patients s'est accéléré non seulement au niveau de la participation à leurs soins, mais également au niveau de leur contribution à l'adaptation de l'offre de services de l'ensemble des trajectoires de services.

L'Université de Montréal, à laquelle le CHU Sainte-Justine est affilié, constitue un partenaire privilégié au niveau de l'enseignement en médecine et dans plusieurs disciplines de la santé, en recherche et dans le rayonnement de l'établissement. Les représentants de l'Université de Montréal qui sont membres du conseil d'administration témoignent de la place importante que le CHU Sainte-Justine occupe dans le réseau de l'Université de Montréal.

La continuité des trajectoires de services au sein des programmes (interne et partenaires)

Les trajectoires de services propres aux différents services visités sont structurées au travers de programmations cliniques formalisées et de plans d'intervention individualisés selon des besoins identifiés. Le « contrat thérapeutique » est établi de concert avec les patients et leur famille. Afin d'assurer la cohérence des interventions, cette bonne pratique pourrait être améliorée en partageant formellement les plans d'intervention interdisciplinaire avec les parents, par écrit, lorsqu'ils sont finalisés ou révisés.

Compte tenu de la mission spécialisée de l'hôpital, les défis de continuité se posent davantage lors des épisodes de référence en amont ou en aval du parcours interne, que ce soit en cliniques externes, en réadaptation ou en séjours hospitalisés. Plusieurs ententes balisent cette collaboration, notamment avec le milieu scolaire pour différentes modalités de scolarisation adaptées.

Des mécanismes de concertation interétablissement sont en place avec les CISSS, les CIUSSS et plusieurs organismes communautaires. Dans le contexte de réorganisation en cours au sein du réseau, il est fondamental d'investir ces lieux de concertation pour positionner l'expertise de Sainte-Justine au sein des projets cliniques émergents.

Il importe de porter une attention spécifique aux adolescents suivis dans les différents programmes, s'apprêtant à franchir le cap des 18 ans. Les risques associés aux bris de services lors de cette période de transition sont considérables, notamment pour une clientèle souvent démunie et très vulnérable. La gestion de la qualité et des risques (organisationnel et programmes-services)

Le partenariat avec les patients et les familles (soins directs, organisation des services)

La participation des parents et des enfants dans la réalisation de leur plan de soins ou de leur plan d'intervention est encouragée, soutenue et assumée conjointement avec les équipes soignantes. La composante psychosociale est bien intégrée dans l'offre de services, que ce soit en santé mentale ou en réadaptation. À cet effet, il serait souhaitable de mettre en place un modèle standardisé permettant de capter l'essentiel des plans d'intervention interdisciplinaires et de les remettre systématiquement aux parents et aux adolescents.

L'organisme porte une attention soutenue aux patients et aux familles partenaires dans la conception des services. Cette pratique transcende l'ensemble des services visités. Le recours au vécu expérientiel des enfants, des adolescents et des parents fait partie des réflexes organisationnels observés lors des entrevues menées au hasard du personnel et des patients rencontrés au cours de la visite.

Le taux de conformité aux POR (les acquis et les améliorations souhaitées)

L'ensemble des pratiques organisationnelles requises ont été rencontrées.

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 1 : Excellence des services

Le visiteur a évalué l'excellence des services plus spécifiquement dans les services de gynéco-obstétrique, de santé mentale ambulatoire, de santé mentale hospitalisée (incluant le Centre intégré des troubles de la conduite alimentaire CITCA) et le Centre de réadaptation Marie Enfant.

L'établissement porte une attention soutenue aux patients et aux familles partenaires dans la conception des services. Le soutien à leur implication (apport) est structuré au travers d'un bureau exclusivement dédié à cette fonction, en étroite collaboration avec le comité des usagers. La présence des patients-usagers-familles partenaires transcende les différents services visités. De belles initiatives émergent, par exemple dans l'accompagnement au deuil périnatal. L'implication des patients et des familles dans leurs plans de soins et leurs plans d'intervention est explicite dans les différents outils cliniques consultés, information validée par entrevue. L'information est formellement consignée aux dossiers, mais n'est pas nécessairement transmise par écrit aux parents et aux enfants en mesure d'en comprendre la teneur. Nous encourageons les intervenants, médecins et équipes interdisciplinaires à les leur remettre systématiquement par écrit.

L'outil développé en Santé mentale ambulatoire par l'équipe interdisciplinaire devrait être déployé rapidement compte tenu de sa convivialité (adapté au niveau de littératie des usagers). Il est fortement suggéré de valider la pertinence d'uniformiser un tronc commun de ce modèle pour l'ensemble des secteurs d'activité clinique ayant recours à des mécanismes de concertation interdisciplinaire.

La culture de gestion par indicateurs de performance est bien implantée. Les salles de pilotages et les stations visuelles sont déployées à grande échelle et utilisées par les équipes cliniques pour mesurer leur progression de façon empirique, notamment dans les processus d'amélioration continue. Tous les services visités animent leur salle de pilotage. Par contre, l'animation quotidienne des stations visuelles doit être

encouragée pour faire partie de la routine quotidienne des équipes et favoriser la captation des bonnes idées par les équipes terrain.

L'accès à la formation continue est encouragé. Les programmes d'accueil-intégration ou d'orientation sont structurés et formalisés. Au-delà des programmes de préceptorat, il existe une culture d'entraide entre les infirmières, les professionnels « seniors », les préposés aux bénéficiaires et les jeunes recrues. Tous les employés rencontrés soulignent la qualité de leur encadrement et la latitude professionnelle dont ils jouissent dans l'exercice de leurs fonctions. La fierté d'appartenir à leurs équipes respectives témoigne d'un excellent climat de travail.

Au centre de réadaptation Marie Enfant, la conception avant-gardiste du Technopole est un bel exemple de développement d'une expertise de pointe au service d'un réseau national en réadaptation physique, répondant bien à la mission universitaire de l'organisme.

Le cadre de référence sur la gestion intégrée des risques incite positivement l'établissement à utiliser les différentes sources d'information comme des opportunités d'amélioration. Les communications organisationnelles les mettent en évidence tout en publicisant les bons coups comme stratégie de mobilisation et de reconnaissance.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique

Des processus sont en place pour assurer le suivi des patientes en attente de services, que ce soit pour une césarienne planifiée ou une grossesse à risque. Le CHUSJ est aussi en charge du Centre de coordination des activités réseau avec les autres établissements offrant des services spécialisés pour les grossesses à risques et la néonatalogie.

Plusieurs des services ont aménagé récemment dans de nouvelles installations, ce qui contribue de façon importante au climat de travail des équipes et à la grande satisfaction des patientes et des familles. De plus, une nouvelle offre de services alimentaires a été instaurée, permettant à la clientèle de commander leur repas à la carte au service alimentaire avec un délai de livraison de 60 minutes. D'ailleurs, le nombre de plaintes en lien avec l'environnement physique et les services alimentaires a chuté significativement depuis.

Suite aux recommandations de la dernière visite d'agrément, une procédure est en place pour le comptage des éponges et des aiguilles, avant et après tous les accouchements vaginaux. Il en est de même pour la recommandation sur les pompes à perfusion.

Il existe un plan d'intervention interdisciplinaire pour les cas les plus complexes, avec un outil de suivi interdisciplinaire.

Les patientes rencontrées témoignent toutes de la pertinence et de la qualité de l'information et de l'enseignement qu'elles reçoivent, et de leur participation dans la prestation des services. La qualité du nouvel environnement physique et les services alimentaires à la carte sont très appréciés.

La liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire a été révisée et des audits ont été réalisés pour en valider l'utilisation.

La notion de patient partenaire est non seulement implantée mais fait partie intégrante de l'organisation des services et de l'adaptation des pratiques de soins. A titre d'exemple, les formations offertes aux clientes peuvent maintenant être priorisées par les patientes elle-mêmes et cédulées selon un horaire qu'elles ont pré-établi afin d'assurer le moment le plus propice à l'apprentissage. L'approche développée

pour assurer le support nécessaire aux mères qui accouchent d'un mort-né, ou chez qui survient un décès en période périnatale, mérite d'être soulignée et plusieurs moyens ont été mis en place pour accompagner les parents et leurs proches dans le processus de deuil périnatal.

L'information communiquée aux patientes et leurs proches se présente sous plusieurs formes, allant de feuillets explicatifs, de brochures sur leur rôle dans les soins, sur la sécurité, les droits des usagers, le processus de plaintes, etc.. L'enseignement donné est consigné au dossier patient. Un réseau d'interprètes interne est en place pour soutenir les communications aux personnes provenant de diverses ethnies, langues et cultures.

L'équipe traitante est ouverte et supportante pour répondre aux besoins individuels des patientes et des familles dans la mesure où les soins sécuritairement requis ne sont pas compromis.

Des audits ont été réalisés pour valider l'utilité de l'information transmises lors des transfert de patientes et améliorer le transfert d'information en conséquence.

Toutes les POR (11) relatives à l'obstétrique et la périnatalité sont en place.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté

L'ensemble des services ambulatoires est regroupé sous une même gouverne clinico-administrative, favorisant la fluidité des parcours et minimisant les impacts des transferts médicaux. La préoccupation d'éviter la stigmatisation des enfants est perceptible tout au long du parcours de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille. Dans cet esprit de normalisation, la programmation adaptée « espace transition » se doit d'être soulignée à titre de pratique innovante.

Les incidents-accidents sont sous-déclarés (deux déclarations au tableau de pilotage du service pour la période de référence). L'exercice de sensibilisation entrepris sur le sens de cette exigence doit être poursuivi pour dépasser la perception strictement administrative du processus.

Des mécanismes de concertation interétablissement sont en place pour faciliter l'organisation des trajectoires cliniques des usagers. Les équipes sont conscientes de l'importance d'inclure dans leur préoccupation d'arrimage clinique les épisodes de services pré et post consultation avec les partenaires du milieu scolaire et des CISSS-CIUSSS.

Nous recommandons à l'hôpital de poursuivre et même d'intensifier sa contribution aux différentes instances de concertation locale et régionale afin de limiter les bris de trajectoires, particulièrement pour les usagers en voie de passer à l'âge adulte. Plus spécifiquement, nous encourageons l'équipe, l'adolescent-e et sa famille, à se mobiliser dès l'âge de 16 ans pour planifier la transition vers les services adultes. Ce travail d'approvisionnement mutuel est crucial pour éviter le décrochage et devrait faire l'objet d'un monitoring spécifique. Les clientèles avec troubles alimentaires ou vivant des épisodes psychotiques nous apparaissent particulièrement vulnérables à un bris de services pendant cette étape de leur vie.

L'accompagnement individualisé lors des références (points de transition) fait partie des bonnes pratiques intégrées par l'équipe interdisciplinaire. Un formulaire sur l'utilisateur a été conçu afin de consigner par écrit l'information pertinente lors des transferts, mais n'est pas encore implanté. Il nous apparaît important de procéder à son implantation et de l'intégrer formellement au processus de transfert.

1. Consignation au dossier de l'utilisateur
2. Remise systématique aux partenaires responsables d'assurer la continuité du parcours clinique
3. Remise aux parents et adolescents

Certains médecins remettent aux parents le Plan de services issu de leur évaluation. Il est recommandé que cette pratique soit systématisée pour l'ensemble des médecins.

Dans le même esprit, nous recommandons aux équipes de réadaptation et de santé mentale d'implanter la remise systématique des plans d'interventions aux parents et aux enfants lors des révisions bihebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire. La forme schématique développée au secteur ambulatoire se prêterait bien à cet exercice de communication et de vulgarisation. L'apport de parents et de patients partenaires est suggéré pour valider et préciser les éléments pertinents qu'ils souhaiteraient y retrouver.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

Les entretiens avec les patientes hospitalisées ou suivies en clinique externe témoignent d'un haut taux de satisfaction sur la qualité des interactions avec l'équipe soignante et leur trajectoire de soins interne. Les parents rencontrés au hasard de la visite confirment unanimement leur niveau d'appréciation quant à la qualité de l'écoute et de l'information qui leur est transmise verbalement. Quelques améliorations nous ont été suggérées par des adolescentes et des parents concernant l'accessibilité à leur plan d'intervention, surtout quand plusieurs acteurs internes et externes sont impliqués auprès d'eux.

Les jeunes intervenants, rencontrés individuellement ou en petits groupes constitués de façon aléatoire, soulignent la qualité du soutien reçu lors de leur intégration et de leur période d'orientation pour les plus jeunes. L'appréciation du climat de travail est palpable. Le personnel connaît les mécanismes existants pour les soutenir en situation de conflit éthique ou pour faire face à un événement traumatisant.

La culture et la pratique du travail interdisciplinaire sont bien intégrées. Il existe un réel climat de complicité entre les médecins et la gestionnaire dans la gouverne des opérations à l'unité de soins. Les rôles et responsabilités sont bien compris de part et d'autre.

La remise du plan d'intervention aux patientes et aux familles n'est pas systématique. Nous recommandons de formaliser cette activité dans la séquence clinique et de systématiser la transmission écrite des plans d'intervention et de leur modification, le cas échéant, lors des révisions hebdomadaires. La forme schématique et simplifiée développée par l'équipe de santé mentale ambulatoire est prometteuse et pourrait être utilisée comme modèle de façon à pouvoir l'éprouver auprès des familles et d'en améliorer la forme progressivement.

Bien qu'anecdotique, l'alarme sonore qui se déclenche lors de l'ouverture de la porte dans l'unité des troubles alimentaires est un irritant souligné unanimement, tant par les usagers et que par le personnel. Tous auraient avantage à trouver une alternative sécuritaire. Une belle occasion de chercher une solution avec les ados partenaires.

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.