



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}

**CHU Sainte-Justine - Le centre
hospitalier universitaire mère-enfant**

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 20 octobre 2023

Confidentialité

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

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

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

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet d’Agrément Canada

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

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

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

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec^{MC} d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

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

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

L'établissement

Le CHU Sainte-Justine est le seul établissement de santé dédié exclusivement aux enfants, aux adolescentes et adolescents et aux mères au Québec. Son offre de soins et services incluant la pédiatrie, la chirurgie, la santé mentale, l'obstétrique et les nouveaux se chiffre en moyenne à plus de 300 000 actes médicaux (accouchements, consultations externes, visites à l'urgence). L'établissement compte plus de 6 700 employés, auxquels s'ajoutent plus de 500 médecins, dentistes, pharmaciennes et pharmaciens, plus de 250 chercheurs, plus de 6 500 stagiaires et étudiants et environ 170 bénévoles actifs.

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine est affilié à l'Université de Montréal. Il s'engage à remplir sa mission universitaire en exerçant ses six mandats portant sur : l'offre de soins spécialisés et ultraspecialisés, la recherche fondamentale et clinique en santé de la mère et de l'enfant, l'enseignement, la promotion de la santé, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé; la réadaptation, l'adaptation et l'intégration sociale pour les enfants et les adolescents présentant une déficience motrice ou de langage.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine est le plus grand centre mère-enfant au Canada et est également le plus grand centre de formation au Québec, avec plusieurs mentions de reconnaissance nationales et internationales. Le CHU Sainte-Justine est un établissement autonome (non fusionné). L'Université de Montréal, à laquelle le CHU Sainte-Justine est affilié, constitue un partenaire privilégié en ce qui concerne l'enseignement en médecine et dans plusieurs disciplines de la santé, la recherche et le rayonnement de l'établissement. Les orientations sont fondées sur une philosophie axée sur l'innovation et la recherche, une culture d'amélioration et une interdisciplinarité bien ancrée, incluant la cogestion médicale. Le climat de travail est sain et la participation des personnes traitées est très intégrée. Ce partenariat avec les patientes, les jeunes patients et leurs familles s'est accéléré non seulement au niveau de la participation à leurs soins, mais également quant à leur contribution à l'adaptation de l'offre de services de l'ensemble des trajectoires de soins. Par ailleurs, la création du Bureau des Partenariats Patient-Famille-Soignant témoigne de l'importance accordée à la participation des patients et aux multiples réalisations qui en découlent. En ce qui concerne le partenariat externe, il y a lieu d'accentuer la collaboration de l'organisation avec les partenaires à l'extérieur de la trajectoire de services, notamment en lien avec les dimensions psychosociales. La culture d'amélioration est bien présente dans divers secteurs. La salle de pilotage sectoriel est implantée et elle semble capitaliser l'engagement des employés, favorisant ainsi la rétention.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	99,8%	99,7%	100,0%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- L'interdisciplinarité bien ancrée au sein des équipes.
- Cogestion médicale.
- Intégration poussée de la philosophie de patient-partenaire dans les activités organisationnelles.
- Présence d'une culture d'amélioration continue et de mesure.
- Optimisation des pratiques, de la recherche, de l'enseignement, et de l'innovation.
- Partenariat exemplaire avec le milieu scolaire.

Opportunités d'amélioration :

- Renforcer le partenariat externe en lien avec les services psychosociaux.
- Mettre en place le processus de code-barres afin d'améliorer la sécurité du circuit du médicament.
- Partager formellement par écrit le plan d'intervention interdisciplinaire avec les adolescents et les parents
- Préciser la trajectoire des services pour les enfants en vue de la transaction vers la vie adulte.
- Implanter le dossier usager informatisé intégré.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

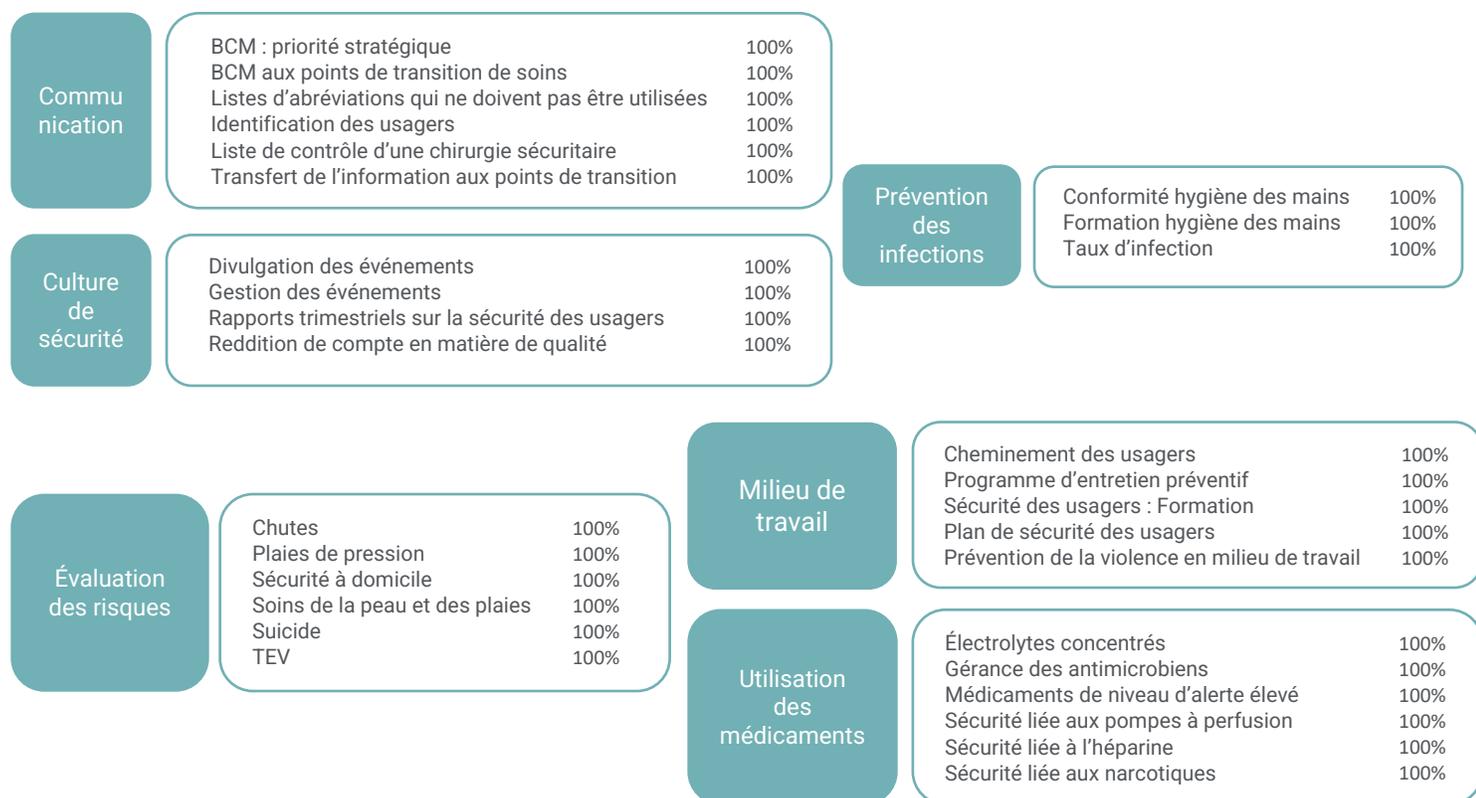


Table des matières

Au sujet d’Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d’agrément.....	2
Exigences du programme d’agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	7
Résultats d’évaluation par programme-services.....	11
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	11
Jeunesse	13
Santé physique.....	15
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l’autisme (DP-DI-TSA)	16
Amélioration continue de la qualité.....	18
Évaluation des pratiques sécuritaires	18
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d’examen	19
Conclusion.....	20
Annexes.....	21
Directives relatives à l’attribution de l’agrément	21
Classification des critères.....	22
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	24
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	25
Note au sujet de l’évaluation des normes de Procréation médicalement assistée (PMA)	29
Détails techniques du rapport.....	30

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Le statut d'agrément est :

Agréé

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

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.

Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	46	0	0	46
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	100,0%	157	0	1	158
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	100,0%	107	0	1	108
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	100,0%	61	0	5	66
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	99,0%	104	1	4	109
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	99,7%	971	3	23	997
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	99,8%	879	2	68	949
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	99,9%	702	1	42	745
Total	99,8%	3027	7	144	3178

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

Sommaire des POR de l'établissement

Total

146/146

POR Conforme

100%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	100%	40 / 40	10 / 10
	Identification des usagers	100%	16 / 16	16 / 16
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	10 / 10	2 / 2
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	100%	80 / 80	16 / 16
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	28 / 28	4 / 4
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	100%	15 / 15	3 / 3
	Prévention des plaies de pression	100%	20 / 20	4 / 4

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	100%	35 / 35	7 / 7
	Soins efficaces des plaies	100%	8 / 8	1 / 1
	Stratégie de prévention des chutes	100%	27 / 27	9 / 9
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	100%	120 / 120	15 / 15
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	100%	57 / 57	18 / 18
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	19 / 19	18 / 18
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	30 / 30	5 / 5
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	9 / 9	3 / 3
	Jeunesse	100%	9 / 9	3 / 3
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	PMA – Services cliniques	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé physique	100%	33 / 33	11 / 11
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	3 / 3	3 / 3
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	PMA – Services cliniques	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé physique	100%	11 / 11	11 / 11
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	2 / 2	2 / 2
	Jeunesse	100%	3 / 3	3 / 3
	PMA – Services cliniques	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé physique	100%	10 / 10	10 / 10
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	24 / 24	3 / 3
	Jeunesse	100%	16 / 16	2 / 2
	Santé physique	100%	80 / 80	10 / 10
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	100%	15 / 15	3 / 3
	Jeunesse	100%	15 / 15	3 / 3
	Santé physique	100%	5 / 5	1 / 1
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	1 / 1
	Jeunesse	100%	6 / 6	2 / 2
	Santé physique	100%	18 / 18	6 / 6
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	100%	15 / 15	3 / 3
	Jeunesse	100%	15 / 15	3 / 3
	PMA – Services cliniques	100%	5 / 5	1 / 1
	Santé physique	100%	45 / 45	9 / 9

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à la sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

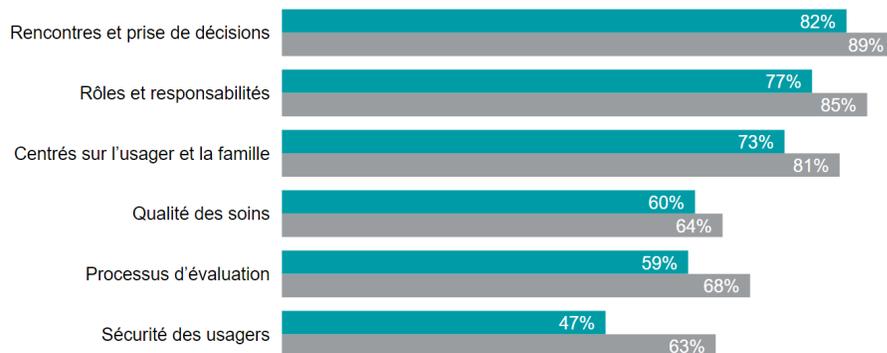
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 2 octobre au 5 septembre 2017

Nombre de répondants : 15

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



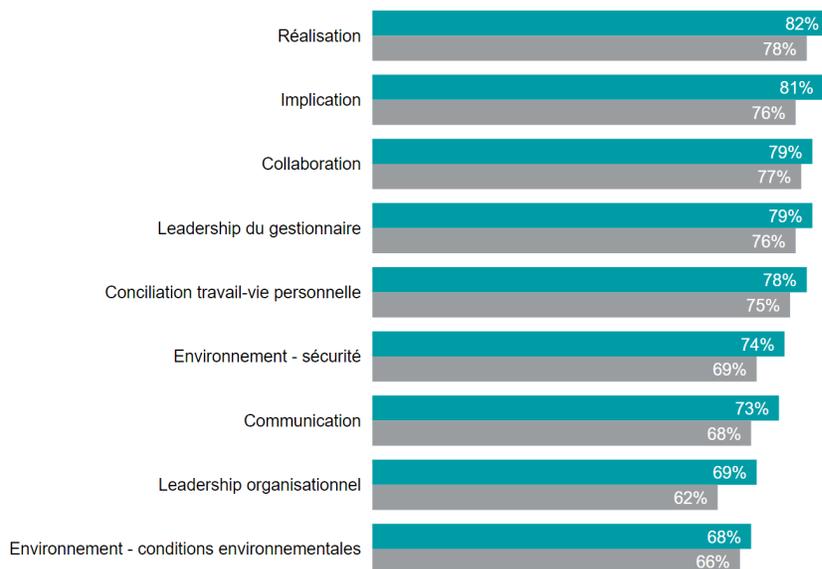
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 16 septembre au 13 octobre 2019

Nombre de répondants : 1713

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



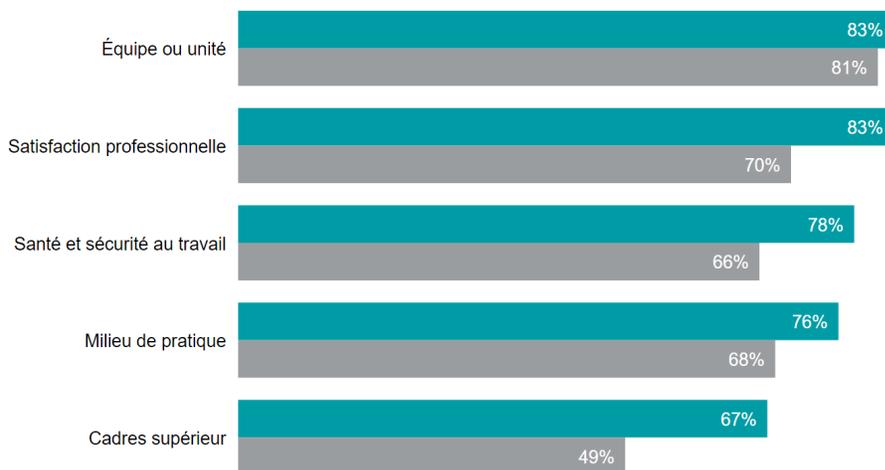
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 5 septembre au 14 octobre 2019

Nombre de répondants : 93

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



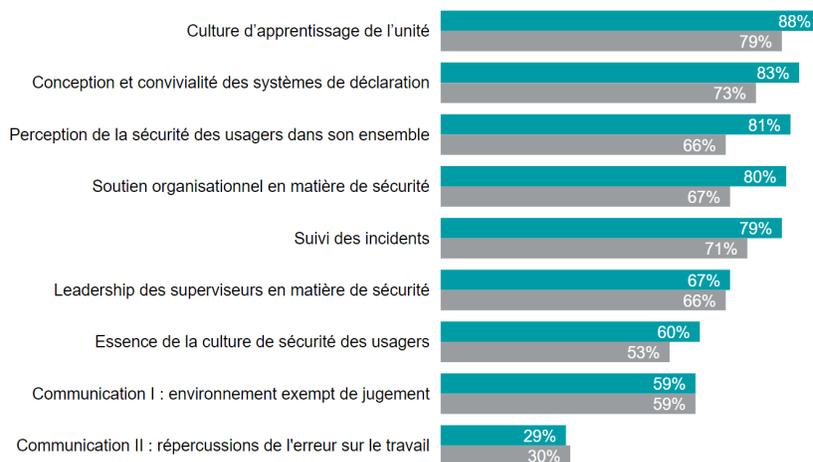
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 4 septembre au 14 octobre 2019

Nombre de répondants : 643

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



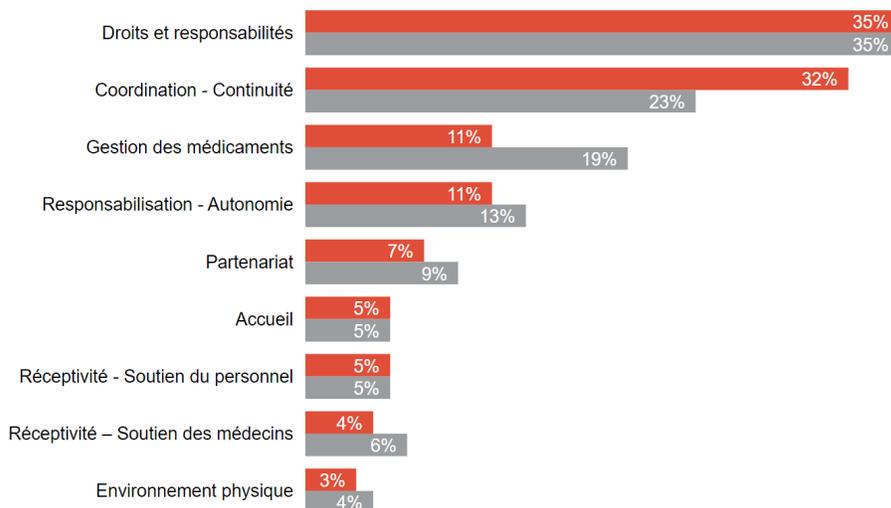
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 337

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

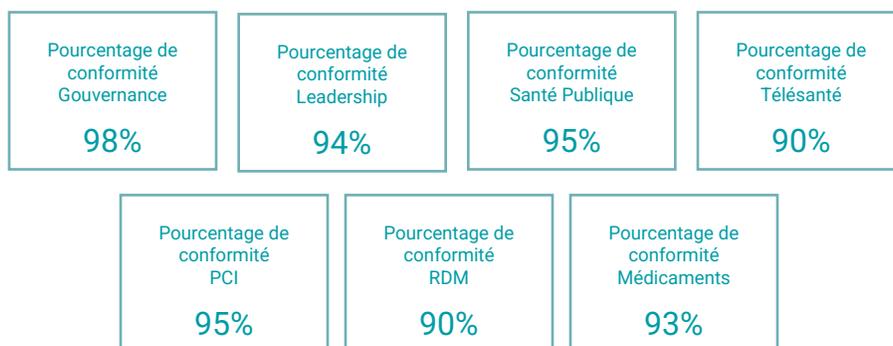
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	5	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	7
Leadership	100%	0%	4	100%	0%	1	100%	0%	1	100%	0%	6
Télésanté	100%	0%	0	100%	0%	0				100%	0%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	100%	0%	0	100%	0%	0				100%	0%	0
Gestion des médicaments	98%	2%	3	97%	3%	3	100%	0%	0	98%	2%	6
Total	100%	0%	14	99%	1%	6	100%	0%	1	100%	0%	21

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) À la suite de la restructuration du CHU Sainte-Justine, un nouveau conseil d'administration a été mis en place en septembre 2018, et une nouvelle PDG est entrée en fonction en décembre 2018. La planification et les objectifs stratégiques sont élaborés par le MSSS, mais la direction et le conseil ont complété une démarche visant à personnaliser la planification stratégique pour la période 2020-2025. Un plan opérationnel découlera de cette démarche, comprenant les actions qui seront déployées au sein de chaque équipe. Au niveau des ressources financières, le conseil approuve les budgets d'opération et d'immobilisation et en assure un suivi régulier. Certaines décisions relatives à l'allocation des budgets font l'objet d'une consultation auprès de la structure d'éthique organisationnelle, qui guide les choix des priorités.

Les partenariats externes sont au cœur de la stratégie de l'établissement. Grâce à sa surspécialisation et à ses expertises, le CHU Sainte-Justine est sollicité par ses partenaires de la trajectoire de services pour les soutenir tout en leur faisant bénéficier des approches novatrices qu'il a développées.

Quant au dossier de l'utilisateur, l'établissement travaille actuellement avec des éléments provenant de différents fournisseurs pour composer un dossier d'utilisateur informatisé. Il devient primordial de développer un dossier d'utilisateur informatisé intégré afin de soutenir de manière adéquate et sécurisée la prestation des soins. D'autre part, les locaux de la pharmacie sont désuets et exigus. La nouvelle pharmacie permettra d'optimiser les processus de préparation des médicaments. La prochaine étape majeure pour sécuriser le circuit du médicament est l'implantation du code-barres au chevet des patients.

(2021) Par ailleurs, l'équipe interdisciplinaire de la télésanté a déployé des efforts considérables pour mettre en place une structure de gouvernance locale. La création d'un site web dédié à la télésanté pour les familles et les professionnels a rendu l'information pertinente plus accessible.

Jeunesse

Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité² sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2019) Au sein du programme Jeunesse, les trajectoires de services propres aux divers services sont structurées à travers de programmations cliniques formalisées et des plans d'intervention individualisés selon les besoins identifiés. Le « contrat thérapeutique » est élaboré en collaboration avec les patients et leurs familles. Afin d'assurer la cohérence des interventions, cette bonne pratique pourrait être renforcée en partageant formellement les plans d'intervention interdisciplinaires par écrit avec les parents. De plus, étant donné la mission spécialisée du CHU,

² Voir [l'annexe à la page 29](#) pour l'information sur l'évaluation des normes de Procréation médicalement assistée (PMA).

les défis de continuité se posent particulièrement lors des épisodes de référence en amont ou en aval du parcours interne. Plusieurs ententes encadrent cette collaboration, notamment avec le milieu scolaire pour diverses modalités de scolarisation adaptées. Des mécanismes de concertation interétablissements sont en place avec les CISSS, les CIUSSS et les organismes communautaires. Une attention particulière doit être accordée aux adolescents suivis dans les différents programmes qui s'apprêtent à franchir le cap des 18 ans. Les risques associés aux bris de services pendant cette période sont considérables.

En santé mentale, l'ensemble des services ambulatoires sont regroupés sous une même gouvernance clinico-administrative, favorisant la fluidité des parcours et réduisant les impacts des transferts médicaux. La préoccupation d'éviter la stigmatisation des enfants est perceptible tout au long du parcours de l'enfant et de l'adolescent. Dans cet esprit de normalisation, la programmation adaptée « espace transition » doit être soulignée à titre de pratique innovante. Les entretiens avec les patients hospitalisés ou suivis en consultation externe témoignent d'un taux élevé de satisfaction quant à la qualité des interactions avec l'équipe soignante et à leur trajectoire de soins. Quelques améliorations ont été suggérées par des adolescents et des parents concernant l'accessibilité à leur plan d'intervention, surtout lorsque plusieurs acteurs internes et externes sont impliqués.

Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2021) Parmi les grands projets qui ont marqué l'évolution du CHU Sainte-Justine au cours des dernières années, il convient de mentionner la construction d'un nouveau pavillon de 7 étages abritant les unités de soins spécialisés en pédiatrie. Le CHU anime le Réseau Mère-Enfant de la province du Québec, auquel participent plus d'une vingtaine d'hôpitaux régionaux. En ce qui concerne le cheminement des enfants, plusieurs mécanismes de coordination transversaux sont en place pour améliorer le flux des admissions, notamment grâce à des réunions journalières et hebdomadaires dirigés par les assistantes infirmière-chefs, qui effectuent un travail remarquable en cogestion avec l'équipe médicale pour la gestion des lits. De plus, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour désengorger la salle d'urgence. Dans cette même salle d'urgence, ainsi qu'au sein du CHU, il convient de souligner les efforts constants visant à optimiser l'organisation du travail et à orienter les usagers vers les services appropriés.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Le Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine (CRME) offre des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation-réadaptation, d'intégration et de participation sociale aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents présentant une déficience motrice ou une déficience du langage. Le CRME dessert Montréal et Laval, ainsi que la Montérégie, les Laurentides, Lanaudière, l'Abitibi, la Mauricie et le Centre-du-Québec. La qualité et la sécurité des usagers sont clairement identifiées comme des priorités de l'établissement et de la direction. Le

CRME entretient des relations harmonieuses et respectueuses avec ses partenaires. Le partenariat avec le milieu scolaire est exemplaire. La collaboration avec les services de première ligne est fluide et constructive. Il est important de souligner l'excellence du Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant. Ce programme multidisciplinaire permet une prise en charge précoce qui influence positivement la trajectoire de vie des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

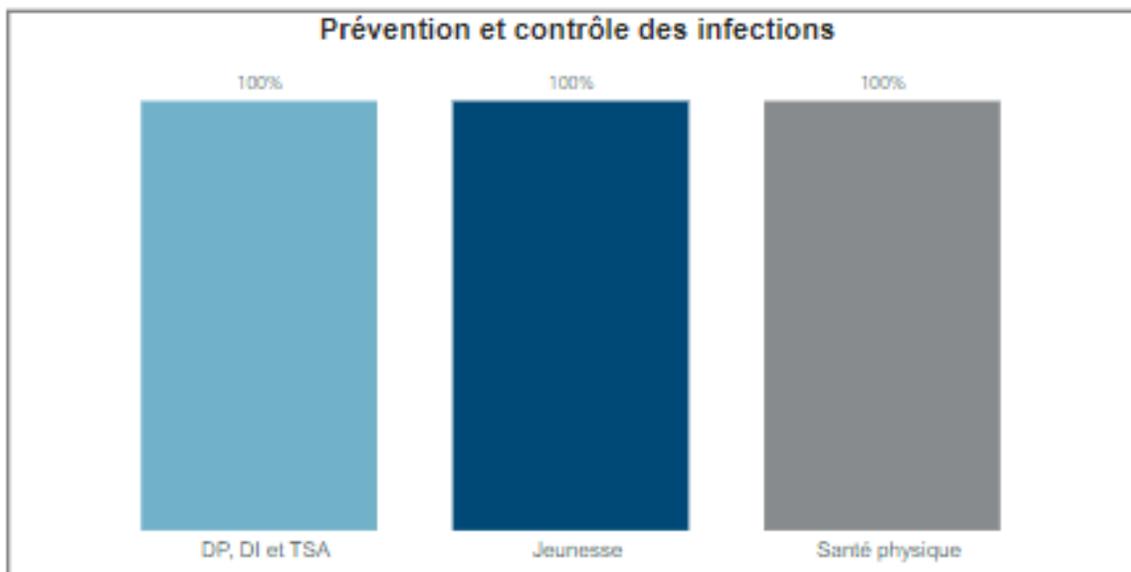
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

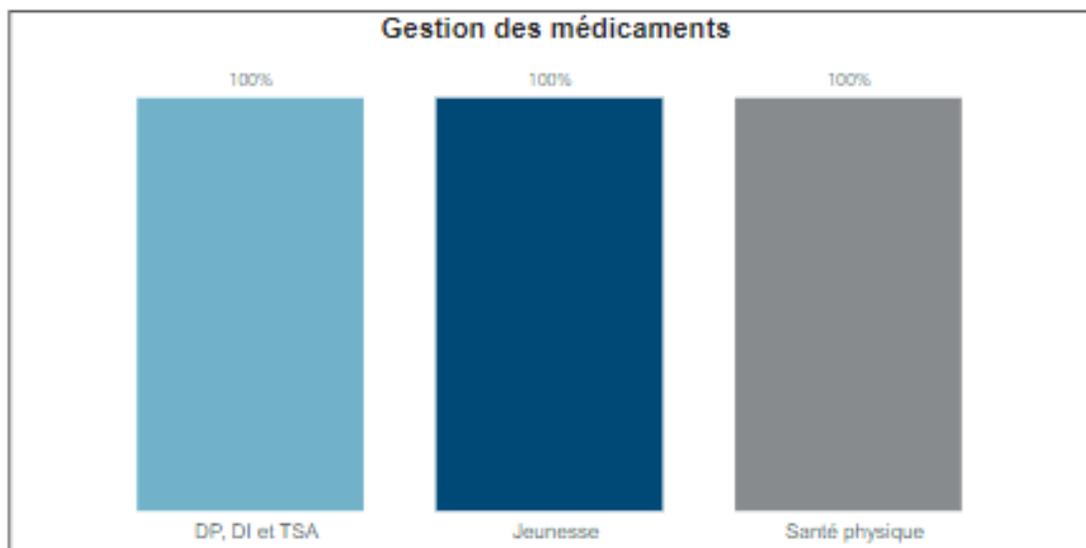
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

Le CHU Sainte-Justine présente une grande maturité organisationnelle, accordant une grande importance à la qualité et à la sécurité, au cœur des préoccupations des gestionnaires et des intervenants. Des processus en gestion des risques et d'amélioration de la qualité sont en place afin d'identifier et de corriger rapidement les écarts de qualité. Au niveau des processus cliniques, l'organisation des services est bien structurée. Les processus d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de dispensation des services sont établis conformément aux règles et aux normes de pratique. Le soutien à la pratique clinique est exemplaire. Les objectifs organisationnels et les résultats attendus sont clairs et suivis par tous. Les usagers et les familles rencontrés se disent grandement satisfaits des soins et des services offerts. Ils sont bien informés et impliqués dans la mise en place de leurs soins.

Enfin, compte tenu des importantes transformations qu'a connues le CHU Sainte-Justine au cours des dernières années, tant du point de vue de l'infrastructure et de la structure organisationnelle que du point de vue clinique, la gestion du changement est devenue une priorité majeure dans la stratégie de mobilisation de l'ensemble des intervenants. Tournée vers l'avenir et axée sur l'innovation, la direction considère que la gestion du changement est désormais un réflexe et constitue la principale préoccupation dans la réalisation des objectifs organisationnels.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'utilisateur* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre
	Gouvernance										
	Leadership										
	Santé publique										
	Jeunesse										
	Dépendances										
	Santé mentale										
						Santé physique					
						Services généraux					
						Télésanté					
								Déficience physique			
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme			
								SAPA			
	Gestion des médicaments										
	Prévention et contrôle des infections										
	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables										
	Cahier de normes au complet										
	Critères spécifiques										

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	Leadership	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	PCI	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	RDM	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	PMA – Recours à des tiers donneurs	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	PMA – Services cliniques	13 au 16 mai 2019
Séquence 1	PMA – Services de laboratoires	13 au 16 mai 2019
Séquence 2	Jeunesse	13 au 16 mai 2019
Séquence 3	Santé physique	31 mai au 3 juin 2021
Séquence 3	Télesanté	31 mai au 3 juin 2021
Séquence 4	DP, DI et TSA	21 au 23 novembre 2022

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHU Sainte-Justine (Centre de réadaptation Marie Enfant) ▪ CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)
Leadership	Oui	
Santé Publique	Non	
Prévention et contrôle des infections	Oui	
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	
Gestion des médicaments	Oui	
Procréation médicalement assisté (PMA) - Service cliniques	Oui	
Procréation médicalement assisté (PMA) - Service de laboratoires	Oui	
Procréation médicalement assisté (PMA) - Recours à des tiers donneurs	Oui	

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Jeunesse)	Oui
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui
Services de sage-femme et maisons de naissance	Non
Services pour jeunes en difficulté	Non
Services pour la protection de la jeunesse	Non
Services pour la santé mentale en communauté	Oui
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Oui
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non

Emplacements
<ul style="list-style-type: none">▪ CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Non
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Oui
Services d'activités spécialisées à domicile	Non
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none">▪ CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)▪ Plateau hospitalisation de médecine pédiatrique▪ Plateau hospitalisation de soins médico-chirurgicaux

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Non

Emplacements
<ul style="list-style-type: none">▪ CHU Sainte-Justine (Centre de réadaptation Marie Enfant)▪ CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

Note au sujet de l'évaluation des normes de Procréation médicalement assistée (PMA)

Dans le cadre des visites du cycle 1, les soins et services de procréation médicalement assistée du CHU Sainte-Justine ont été évalués au moment de la visite de séquence 1. Les résultats globaux du programme-services Jeunesse évalué en séquence 2 ne comprennent donc pas ces résultats. Les normes suivantes ont été utilisées dans le cadre de cette évaluation en raison du niveau de l'offre de service de cet établissement (centre de niveau 3).

- Procréation médicalement assistée (PMA) – Recours à des tiers donneurs
- Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques
- Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires

Résultats de l'établissement – norme PMA – Recours à des tiers donneurs



Résultats de l'établissement – norme PMA – Services cliniques



Résultats de l'établissement – norme PMA – Services de laboratoires



Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.