



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 11 décembre 2015

Date de production du rapport : 17 février 2016



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

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 décembre 2015. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	17
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	19
3.0 Résultats détaillés de la visite	20
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	21
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	21
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	22
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	23
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	24
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	25
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	26
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	27
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	28
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	29
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	30
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	32
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service</i>	32
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service</i>	34
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service</i>	37
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service</i>	39
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service</i>	42
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA), Laboratoires - Secteur ou service</i>	43
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques - Secteur ou service</i>	45

3.2.8 Ensemble de normes : Service des urgences - Secteur ou service	47
3.2.9 Ensemble de normes : Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	50
3.2.10 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service	52
3.2.11 Ensemble de normes : Services d'obstétrique - Secteur ou service	54
3.2.12 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service	56
3.2.13 Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service	58
3.2.14 Ensemble de normes : Services de réadaptation - Secteur ou service	60
3.2.15 Ensemble de normes : Services de santé mentale - Secteur ou service	64
3.2.16 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service	67
3.2.17 Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service	69
3.2.18 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie - Secteur ou service	72
3.2.19 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service	75
3.2.20 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	76
3.2.21 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	79
4.0 Résultats des outils d'évaluation	81
4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	81
4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	83
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	85
Annexe A Programme Qmentum	86
Annexe B Processus prioritaires	87

Section 1 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 ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 11 décembre 2015**

- **Emplacements**

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

- 1 CHU Sainte-Justine (Centre de réadaptation Marie Enfant)
- 2 CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Normes sur le leadership
- 2 Gestion des médicaments
- 3 Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

- 4 Services de traitement du cancer et d'oncologie - Normes sur l'excellence des services
- 5 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
- 6 Procréation médicalement assistée (PMA), Laboratoires - Normes sur l'excellence des services
- 7 Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
- 8 Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services
- 9 Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
- 10 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
- 11 Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
- 12 Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
- 13 Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
- 14 Services de réadaptation - Normes sur l'excellence des services
- 15 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Normes sur l'excellence des services

- 16 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Normes sur l'excellence des services
- 17 Services d'obstétrique - Normes sur l'excellence des services
- 18 Services de santé mentale - Normes sur l'excellence des services
- 19 Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
- 20 Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
- 21 Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques - Normes sur l'excellence des services
- 22 Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
- 23 Service des urgences - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	89	4	0	93
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	132	1	0	133
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	736	41	22	799
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	183	5	1	189
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	345	6	2	353
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	104	0	2	106
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	1184	87	13	1284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	73	0	1	74
Total	2846	144	41	3031

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	45 (100,0%)	0 (0,0%)	1	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	130 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Prévention et contrôle des infections	41 (100,0%)	0 (0,0%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	2	69 (98,6%)	1 (1,4%)	2
Gestion des médicaments	72 (92,3%)	6 (7,7%)	0	63 (98,4%)	1 (1,6%)	0	135 (95,1%)	7 (4,9%)	0
Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus	58 (92,1%)	5 (7,9%)	0	65 (81,3%)	15 (18,8%)	0	123 (86,0%)	20 (14,0%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	77 (91,7%)	7 (8,3%)	2
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	48 (96,0%)	2 (4,0%)	0	95 (96,0%)	4 (4,0%)	0	143 (96,0%)	6 (4,0%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	52 (100,0%)	0 (0,0%)	1	61 (100,0%)	0 (0,0%)	2	113 (100,0%)	0 (0,0%)	3

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Procréation médicalement assistée (PMA), Laboratoires	40 (97,6%)	1 (2,4%)	1	48 (96,0%)	2 (4,0%)	0	88 (96,7%)	3 (3,3%)	1
Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	109 (100,0%)	0 (0,0%)	1	149 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Service des urgences	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (96,1%)	3 (3,9%)	3	121 (97,6%)	3 (2,4%)	3
Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (94,9%)	4 (5,1%)	0	113 (96,6%)	4 (3,4%)	0
Services d'imagerie diagnostique	66 (100,0%)	0 (0,0%)	1	66 (98,5%)	1 (1,5%)	1	132 (99,2%)	1 (0,8%)	2
Services d'obstétrique	60 (96,8%)	2 (3,2%)	2	76 (95,0%)	4 (5,0%)	0	136 (95,8%)	6 (4,2%)	2
Services de laboratoires biomédicaux	62 (87,3%)	9 (12,7%)	0	96 (93,2%)	7 (6,8%)	0	158 (90,8%)	16 (9,2%)	0
Services de médecine	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1	101 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services de réadaptation	29 (93,5%)	2 (6,5%)	0	56 (80,0%)	14 (20,0%)	0	85 (84,2%)	16 (15,8%)	0
Services de santé mentale	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	123 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	20 (90,9%)	2 (9,1%)	0	109 (96,5%)	4 (3,5%)	0	129 (95,6%)	6 (4,4%)	0
Services de soins intensifs	32 (100,0%)	0 (0,0%)	2	84 (93,3%)	6 (6,7%)	5	116 (95,1%)	6 (4,9%)	7

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de traitement du cancer et d'oncologie	31 (93,9%)	2 (6,1%)	0	72 (94,7%)	4 (5,3%)	0	103 (94,5%)	6 (5,5%)	0
Services périopératoires et interventions invasives	95 (95,0%)	5 (5,0%)	0	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0	179 (95,2%)	9 (4,8%)	0
Services transfusionnels	69 (98,6%)	1 (1,4%)	5	64 (98,5%)	1 (1,5%)	2	133 (98,5%)	2 (1,5%)	7
Soins ambulatoires	40 (100,0%)	0 (0,0%)	2	77 (100,0%)	0 (0,0%)	0	117 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Total	1089 (96,5%)	39 (3,5%)	15	1684 (95,4%)	81 (4,6%)	19	2773 (95,9%)	120 (4,1%)	34

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Service des urgences)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'obstétrique)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de réadaptation)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Service des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Service des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Service des urgences)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Cheminement des usagers (Normes sur le leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Service des urgences)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, tout comme le réseau de santé Québec est en pleine transformation dans l'organisation de sa gouvernance. Il y a quelques mois, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a décidé de regrouper les centres hospitaliers de l'université de Montréal et du CHU Sainte-Justine sous un même Conseil d'administration. D'ici quelques semaines, le conseil d'administration du nouveau regroupement amorcera ses activités.

Le document de planification stratégique (2011-2015) et les différents documents rendus disponibles lors de la visite démontrent une grande détermination des équipes du CHU Sainte-Justine à répondre à ses missions de soins, d'enseignement, de recherche et de promotion de la santé. De plus, le CHU Sainte-Justine s'affirme par son leadership de collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux. À ce titre, le réseau Mère-Enfant de la francophonie est l'une des activités déjà bien établies auprès de la communauté internationale.

D'ici quelques mois, l'établissement prendra possession d'un nouveau bâtiment qui permettra l'amélioration des services spécialisés de soins, d'enseignement et de recherche. Ce nouvel environnement est conçu en chambre individuelle favorisant une approche de soins personnalisés et permettant la cohabitation. La fin des travaux de construction et d'aménagement du nouveau bâtiment des unités spécialisées est prévue pour l'automne prochain.

L'organisme s'est engagé pleinement dans l'approche du patient partenaire en travaillant avec le Comité des usagers, en initiant au cours des dernières années des activités comme des forums citoyens, en faisant des sondages sur l'expérience des patients, et en implantant des projets avec des usagers qui sont des partenaires et qui font équipe avec les employés et les médecins dans l'organisation de l'offre de service.

Il est important de souligner que le comité des usagers du CHU Sainte-Justine, collabore activement au sein de différents comités de travail sur l'expérience patient-famille. Il est le fiduciaire de nombreux sondages sur l'expérience patient et invite différents groupes à venir présenter des projets d'amélioration de la qualité des soins et services. Le Comité des usagers a pour fonctions principales de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations, promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, de défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers, d'accompagner et assister un usager si une demande est faite et finalement d'assurer le bon fonctionnement de chacun des comités de résidents.

Pour son leadership, les réussites sont en lien avec les patients et les familles partenaires, le comité des usagers, les gestionnaires sont dynamiques et passionnés, le réseautage par sa présence dans la communauté, l'innovation, la recherche, l'enseignement et la culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Cependant, l'organisme a quelques défis à relever en lien avec l'ajout de 65% de ses espaces, le défi fiscal et l'équilibre budgétaire.

En gestion intégrée de la qualité, les succès sont en lien avec la structure et les outils d'amélioration de la qualité, les tournées de sécurité, l'accompagnement des équipes et leur culture de collaboration.

Pour le cheminement des patients, les succès sont en lien avec les politiques et les procédures actualisées, le tableau de bord en temps réel, la participation des médecins et la collaboration externe.

En gestion des ressources, les succès sont en lien avec la délégation aux gestionnaires et l'accompagnement des gestionnaires. Cependant, certains défis sont présents, dont la situation fiscale liée à l'expansion.

Pour le capital humain, les succès sont en lien avec les pratiques d'amélioration de la qualité de vie des employés, la formation et l'enseignement et les comportements essentiels des gestionnaires. Le défi est au niveau des rencontres de développement pour les gestionnaires à charge lourde.

Pour la planification et la conception des services, les succès sont en lien avec le plan stratégique qui sert de guide à l'élaboration des plans d'action de différents plateaux de services. Le bureau de projet contribue à la culture de la mesure et la gestion du changement.

Pour la prestation des soins et la prise de décisions fondées sur des principes éthiques, une équipe multidisciplinaire dynamique est présente partout dans l'organisme d'où se dégage une culture de partage et de formation.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de santé mentale 10.6 • Services de réadaptation 7.5 • Services de traitement du cancer et d'oncologie 7.6 • Services de médecine 7.6 • Services de soins intensifs 7.7 • Services périopératoires et interventions invasives 8.4 • Service des urgences 9.3 • Services d'obstétrique 9.6
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Les membres de l'équipe reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de traitement du cancer et d'oncologie 4.4 • Services de soins intensifs 4.4 • Services de médecine 4.4 • Services périopératoires et interventions invasives 4.4 • Soins ambulatoires 4.5 • Services d'obstétrique 4.5 • Service des urgences 5.5 • Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 5.8
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de traitement du cancer et d'oncologie 15.2 • Services de réadaptation 15.2 • Services d'imagerie diagnostique 15.6 • Service des urgences 16.3 • Services de santé mentale 16.5 • Soins ambulatoires 17.2 • Services d'obstétrique 18.2 • Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 21.2

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

	Critère à priorité élevée
	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

La mission, la vision et les valeurs ainsi que le plan stratégique qui sont présentement en place au CHU Sainte-Justine sont pour les années 2011-2015. Avec le remaniement ministériel des soins de santé et services sociaux au Québec, le centre CHU Sainte-Justine est en pleine période de transition externe et en période d'attente des lignes directrices du ministère.

Pour la définition et la mise à jour d'énoncé des valeurs, de la mission et de la vision et du plan stratégique, une vaste consultation à l'interne et à l'externe est menée par le bureau de projets. Les besoins de la communauté sont évalués selon des données probantes et les priorités établies par le ministère font partie des éléments essentiels de toute l'information nécessaire. Une fois que les documents sont acceptés par la haute direction, la communication interne et externe est mise en place et plusieurs modes de diffusion sont utilisés.

Le plan stratégique guide les plans d'action des différents plateaux de services comme les programmes, il guide les rencontres d'échange avec les employés comme l'évaluation de la performance, et finalement guide les objectifs annuels de chaque ligne de service. Le bureau de projet est disponible pour évaluer les risques financiers, les risques d'erreurs et de qualité et pour guider chaque service ou plateau dans l'évaluation du rendement pour savoir si le projet initié dans un service livre les objectifs anticipés ainsi que les améliorations recherchées.

Une culture de mesures et d'évaluation existe sur le site dans toutes les aires de service et de soutien. Une prise en charge des fonctions est en place pour assurer un retour à la mission et aux valeurs, pour assurer que les besoins de patients sont satisfaits, que de bonnes pratiques sont utilisées et finalement qu'un regard objectif observe le tout et surtout pour assurer que les objectifs sont atteints.

Le processus pour gérer le changement qui se nomme « comprendre-adhérer-participer-transférer-évaluer » (CAPTE) assure que chaque groupe impliqué reçoit le soutien des ressources humaines, mais surtout le soutien des agents de changement qui sont près de 50 personnes ayant reçu une formation particulière et qui sont maintenant des coachs pour des personnes ou des groupes.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Le comité de budget établit le budget global, selon les directives du Ministère, et ensuite attribue le budget pour chaque aire de service et de soutien. Chaque programme doit respecter son budget et peut accorder les ressources humaines ou financières selon la demande des activités. Les gestionnaires sont accompagnés dans leur apprentissage de la lecture des états financiers et dans l'interprétation des résultats. Chaque programme ou service doit faire des projections fiscales toutes les quatre semaines et les présenter au comité de direction.

Le défi pour le CHU Sainte-Justine, pour cette année ainsi que pour l'année suivante, est lié aux restrictions qui ont eu des effets après de nombreuses années de diminutions de budget. Les gestionnaires doivent ainsi penser à la mission et aux valeurs de l'organisme quant au défi fiscal. Un défi additionnel est que le CHU Sainte-Justine est en pleine période de renouveau avec une expansion majeure de leur empreinte qui nécessite des ressources additionnelles pour le maintien des établissements. Cette expansion, ainsi que les interventions pour les établissements vieillots ne sont pas présentement financées.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

De nombreuses activités sont bien implantées au CHU Sainte-Justine pour appuyer l'amélioration de la qualité de vie des employés par des programmes comme « Mieux être » qui a pour but la promotion de la santé. De nombreux projets ont été initiés pour intervenir dans un milieu de travail moins sain, des rencontres d'échange et de développement, des outils sont partagés avec les employés et les gestionnaires pour les aider à gérer leur milieu de travail.

De nombreux exemples de formation sont présents. En effet, la formation donnée aux médecins gestionnaires et un partenariat avec l'HEC de Montréal mettant un accent sur le fonctionnement d'un organisme et la collaboration dans la cogestion. Un autre exemple est la formation offerte aux assistantes-infirmières-chefs et aussi la formation offerte depuis plus plusieurs années à près de 50 personnes pour gérer le changement et devenir des mentors pour les collègues ou pour les équipes qui ont de la difficulté avec tout changement. Pour ce qui est des gestionnaires, 12 comportements essentiels sont établis et de la formation est offerte sur des plans individualisés.

Le groupe des infirmières et des infirmiers est formé sur l'approche du modèle éventail de l'étendue de la pratique infirmière (MÉLÉPI) qui a pour but d'offrir, dans chaque secteur de travail, une tribune à l'intérieur de laquelle les infirmières et les infirmières-auxiliaires peuvent participer à des discussions, à des prises de décisions et transmettre à une autre instance des sujets qui touchent à la pratique infirmière et à l'organisation des soins du secteur de travail. L'équipe cherche à promouvoir la carrière de l'infirmière et à augmenter les compétences de tous et toutes.

Un gros travail a été fait pour améliorer l'outil d'évaluation du rendement et accompagner les gestionnaires pour compléter les rencontres. Le logiciel pour capter le taux de rencontres complétées par les gestionnaires doit être peaufiné pour qu'il reflète la réalité pour chaque service ou programme, par exemple, que le nombre de rencontres complétées capte le nombre qui devrait être complété en enlevant les employés en congé, en probation, etc. Il est aussi nécessaire de clarifier les attentes pour les gestionnaires et qu'une décision logique et pensée est prise pour chaque groupe d'employés quant à la fréquence des rencontres.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Des exemples de partenariat de collaboration avec les patients, les familles et les médecins sont évidents dans l'organisme. La structure d'amélioration de la qualité est bien établie et les outils pour les équipes de soins et de soutien sont bien outillés. Les directions participent à des tournées de sécurité auxquelles sont invités les membres du service ou du programme. Les recommandations qui sont issues de ces tournées sont actionnées pour les gestionnaires et le suivi est fait par l'équipe qualité.

Le mécanisme pour capter et revoir les incidents sentinelles, les incidents indésirables ou les incidents évités est bien établi et connu par le personnel sur le terrain. Une revue et une analyse des tendances sont faites de façon périodique et les rapports sont discutés au comité des risques et aux gestionnaires de tous les services. L'équipe priorise les objectifs avec un accent sur la gestion des risques. Un exemple d'une analyse prospective liée à la sécurité qui implique les usagers et les familles, le personnel clinique, les fournisseurs et le personnel de soutien est en évidence.

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

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

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

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

L'équipe est dynamique et multidisciplinaire. Les membres ont une passion pour l'éthique clinique et sont formés en la matière. Le code d'éthique clinique est un cadre de référence pour les cliniciens et pour les patients et les familles. Afin de répondre à son mandat de consultation, divers types d'interventions ont été définis. En effet, on retrouve la consultation d'aide à la décision pour aider une équipe à prendre une décision dans des situations complexes, une consultation a posteriori pour réfléchir avec une équipe qui a vécu une situation difficile, un conseil pour répondre à un professionnel qui se questionne sur un élément de sa pratique et finalement il y a un soutien aux activités cliniques pour réfléchir avec une équipe qui veut discuter d'une problématique récurrente.

Toutes les démarches consultatives se déroulent de manière interdisciplinaire et commencent par la clarification de la question d'éthique pour ensuite identifier tous les joueurs et faciliter une rencontre avec les différents intervenants si cela est approprié et la famille fait toujours partie des discussions. Les rapports de consultation sont remis au demandeur et versés au dossier médical.

N'importe qui peut consulter l'équipe d'éthique clinique et l'information est disponible sur l'intranet et la confidentialité est assurée. Les consultations peuvent être pour des décisions thérapeutiques, des enjeux organisationnels ou des questions ayant un aspect légal tels les formulaires de consentement. L'équipe travaille beaucoup avec le comité des usagers pour toutes questions qui touchent les patients ou les familles.

Un rôle très important pour les membres de l'équipe est la formation. Les membres sont impliqués au programme de maîtrise et sont à développer un programme de doctorat. Plusieurs de leurs étudiants travaillent au CHU Sainte-Justine et donc partagent leurs projets avec leurs collègues .

L'éthique des projets de recherche est faite de façon objective et est basée sur la mission et les valeurs de l'organisme. Des sessions d'information sont ouvertes aux employés et médecins.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Il existe un souci constant d'assurer la présence et la mise en œuvre de mécanismes de communication riches et pertinents entre les parties prenantes de l'organisation à la suite de discussions avec l'équipe des communications.

Des efforts importants sont déployés régulièrement afin de maintenir une communication organisationnelle optimale et stratégique contribuant ainsi au rayonnement du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine.

Dans le contexte du projet « Grandir en santé », en plus de tenir les équipes soignantes au courant de l'évolution du projet, cette équipe a mis sur pied un comité de bon voisinage ayant pour objectifs principaux le maintien des canaux de communication ouverts et transparents permettant ainsi aux divers acteurs communautaires de connaître l'état d'avancement des travaux. Cela a eu pour effet de réduire le nombre de plaintes contribuant ainsi au maintien de relations harmonieuses.

Par ailleurs, l'équipe a développé un projet d'une communication efficace et sécuritaire. Une enquête réalisée en 2013 a permis de mettre en lumière le défi de rejoindre le public interne et l'inquiétude de manquer une information en lien avec la sécurité des patients. Le projet cible notamment l'équipe médicale, de la Direction des soins infirmiers et la Direction exécutive des soins académiques. Le projet a permis d'identifier les étapes charnières du processus d'une communication efficace. Des plans d'action ont été mis en œuvre faisant en sorte que les résultats débutent à se concrétiser. L'équipe est invitée à continuer ses efforts en ce sens.

Concernant la signalisation, celle-ci demeure un défi surtout durant cette période de construction. L'équipe est consciente de cette situation et tente à chaque demande d'avoir une approche simple et juste.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Au sujet du plan directeur des infrastructures, celui-ci est suivi non seulement par le comité de régie dans sa planification stratégique, mais également par le biais d'un comité opérationnel. Ce comité de pilotage et de contrôle de la qualité composé de professionnels s'assure du respect des normes concernant la prévention des infections, la santé et la sécurité au travail, mais, également, du bien-être des utilisateurs des multiples services au CHU Ste-Justine. Plusieurs services cliniques et administratifs sont impliqués dans ce comité, selon le cas.

Il faut souligner que les lieux physiques respectent les normes d'hygiène et de salubrité, malgré les projets majeurs de construction de « Grandir en santé ». Par ailleurs, des travaux de modernisation sont mis en œuvre. À titre d'exemple, certaines sections de l'unité de psychiatrie ont été rénovées dans le but d'offrir un milieu de vie sécuritaire et thérapeutique.

À propos des systèmes d'appoint, la direction des services techniques reste à l'affût de situations critiques par le biais d'un répertoire de ces systèmes.

Concernant le système SIMDUT, le personnel rencontré possède les compétences nécessaires concernant les normes d'hygiène et de salubrité. Des formations en ligne sont disponibles pour le maintien des compétences. Il a été remarqué que les produits sur les chariots de nettoyage sont non accessibles à la clientèle. Cependant, il a été noté que l'un des locaux où se trouvaient des produits de nettoyage n'était pas verrouillé.

Au sujet du service alimentaire, les recommandations du MAPAQ sont suivies, le dernier rapport est en date de février dernier. Par ailleurs, un service d'hôtellerie est envisagé à la suite d'une étude de faisabilité et de bonnes pratiques. Différentes instances ont été sollicitées dans ce projet.

Le service de buanderie a été visité. Il faut mentionner l'ajout d'un appareil pour tirer les draps du contenant avant le pressage afin de faciliter le travail du personnel. Ce service a respecté les directives de l'agrément précédant.

En conclusion, l'environnement est une préoccupation des instances stratégiques du centre hospitalier afin de répondre aux besoins de la clientèle, tout en assurant un milieu de travail satisfaisant.

3.1.8 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

Un plan de mesure d'urgence est disponible au sein de l'organisation en plus d'être harmonisé avec ceux de la communauté. Il comprend par exemple, la structure de coordination, un plan de communication des divers codes et d'autres éléments pertinents.

Par ailleurs, ce dernier comprend plusieurs volets qui viennent de faire peau neuve soit le 11 novembre, 2015. L'équipe est invitée à assurer sa mise en œuvre et de l'intégration de ce renouvellement au sein de la structure.

Un travail important a été réalisé depuis 2011 par la création du projet évolution lancé en 2012. Les objectifs principaux du projet ciblent bien le travail à mettre en œuvre afin d'assurer la sécurité de tous au sein de l'organisation. L'état d'avancement du projet est ardu pour diverses raisons. L'équipe est invitée à mettre en œuvre un plan d'action comprenant des livrables facilitant l'atteinte de ceux-ci dans des délais raisonnables. Par exemple, l'équipe mentionne prendre en moyenne une année à faire la mise à niveau d'un code d'urgence, ce qui est long considérant que l'organisme à son actif 10 différent code d'urgence.

Concernant les extincteurs, la vérification de ceux-ci est assurée par un service contractuel. Cependant, l'équipe ne connaît pas l'état des résultats de vérification annuelle. Les preuves partagées font état du contrat de service et du remplacement des extincteurs. Une vérification sur place de ces derniers a permis de constater que certaines vérifications datent de 2001 à 2014. Également, certains cabinets sont difficiles à ouvrir, car ils ont été peints.

L'équipe est félicitée pour avoir développé deux outils didactiques électroniques pour les codes orange et rouge. Elle est invitée à poursuivre les travaux en ce sens pour les autres codes. Également, il serait important d'avoir un tableau de bord comprenant chacun des codes pour ainsi surveiller les taux de formation et de respect de la politique sur le renouvellement de ceux-ci.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Une politique et procédure est en place pour gérer les lits et le cheminement des patients et en pratique la politique et la procédure fonctionne, car les engorgements sont généralement de courte durée, même en saison de haut volume pour la pédiatrie. La politique tient compte de la continuité des soins, du respect des délais pour les admissions urgentes, semi-urgentes et électives ainsi que l'efficacité et l'efficience, la polyvalence des lits et la polyvalence des infirmières. Les congés temporaires sont limités à 48 heures consécutives et doivent être autorisés par le médecin traitant.

Une rencontre journalière entre les chefs d'unités, le coordonnateur des admissions se tient du lundi au vendredi à 8h30 et permet l'amélioration continue de la gestion des lits ainsi que la planification des admissions et des congés. Un des buts est d'éviter la congestion de l'urgence et l'annulation des chirurgies. Un processus parallèle existe pour les unités de néonatalogie. Des critères d'admission sont en place pour les unités, ainsi que des critères de priorité d'admissions; des protocoles pour les débordements sont en place pour les différentes unités.

Les médecins et le personnel infirmier sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au service des urgences. Un représentant de la direction exécutive des soins académiques est présent aux réunions tous les matins et est responsable de consulter ses collègues pour accélérer les congés ou les transferts. Un tableau de bord en temps réel est disponible dans la salle de réunion le matin et est accessible sur tous les ordinateurs dans l'organisme. Les données sur le cheminement des patients sont utilisées de façon régulière. Les objectifs d'amélioration du cheminement des patients sont clairs et précis. Les interventions tiennent compte des variations de la demande en pédiatrie.

Des ententes sont en place dans le réseau pour faciliter le mouvement des patients, soit pour transférer dans un autre centre ou pour accepter un patient. Une entente est en place pour acheminer des patients appropriés vers des cliniques de jour externes. À l'interne, un processus est en place pour accélérer les congés avec un suivi au centre de jour. Une politique avec des critères est appliquée pour les patients ayant besoin d'observation constante.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Le GBM a sous sa responsabilité un inventaire de plus de 9000 équipements. Par ailleurs, un tableau statistique daté du 7 décembre 2015 souligne un pourcentage variable, selon les secteurs, de 90 à 98% d'équipements vérifiés dans le programme préventif des équipements. Le défi pour ce service est de maintenir les opérations, particulièrement pendant le plan de transition des services et son mode de fonctionnement avec les acteurs clés requérant leurs services; ceci afin de maintenir un niveau optimal de réponse à leurs clients. Le programme préventif des équipements est complet et permet de faire la traçabilité des petits et gros équipements. Le coordonnateur des modules rencontre régulièrement les techniciens afin de revoir les entretiens qui pourraient être en retard et revoir ainsi la priorisation. Le service fonctionne selon 4 modules: soins, laboratoires, imagerie et anesthésie/inhalothérapie. Les quelques gestionnaires rencontrés se sont dits satisfaits de l'efficacité de l'équipe GBM. Par ailleurs, un système automatisé devrait être mis en place afin d'optimiser ce programme.

À propos de l'unité de retraitements des appareils médicaux (URDM), cette unité a dû déménager temporairement dans des locaux exigus. Le personnel a su s'adapter en révisant leur méthode de travail en fonction de ces nouveaux locaux. Les responsables ont mis des processus facilitant cette transition dans le respect des normes et de la sécurité. L'ajout de personnel comme une conseillère en contrôle qualité, des agents des opérations le jour et le soir et des chefs d'équipe le matin et la nuit ont permis de mettre en œuvre un service respectant les normes. La documentation comme les PONs, les protocoles, les politiques et les procédures est actualisée, le personnel est formé régulièrement, le contrôle de la qualité est effectué. Il faut souligner qu'il y a une multitude de contrôles afin d'assurer la qualité des procédures. Ce service travaille en étroite collaboration avec la conseillère en prévention des infections. Finalement, il est important de maintenir une vigilance constante des procédés actuels, compte tenu des espaces réduits. À ce sujet, des mécanismes d'atténuation sont en place pour répondre à certaines situations relatives au milieu physique.

Quant au secteur de l'imagerie médicale et, à propos du suivi des dernières recommandations, ceux-ci ont été effectués. Quant au local servant notamment pour le retraitement des sondes endovaginales, l'espace est très réduit, le risque de contamination est grand malgré les mesures d'atténuation en place. Il faut ajouter qu'une démonstration de la procédure a été faite, donc du circuit, et cela sans aucun problème. Des rapports d'évaluation ont été faits en juin et février 2014. Il faut demeurer vigilant et le chef de l'URDM a proposé l'ajout d'un test de performance par mesure de sécurité.

Au sujet des locaux d'utilité souillée et propre au bloc opératoire, il y a effectivement un risque de contamination malgré la signalisation en place, cela est dû aux espaces limités au bloc opératoire. Les endoscopes sont gardés dans les armoires ventilées fermées, cependant il y a une entre-porte de la salle souillée à la salle propre. Une révérification de cet aspect dans le contexte physique de cet espace a été demandée. Il faut souligner que des mesures de contrôle sont en place.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Analyses de biologie délocalisées

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

Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Transplantation d'organes et de tissus

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

- Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
7.1 L'organisme détermine le type d'alertes qui doivent se trouver dans le CPOE, ce qui doit au moins comprendre les alertes sur l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.	!
7.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes du CPOE.	!
7.4 L'organisme vérifie régulièrement le CPOE pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	!
7.6 L'organisme intègre le CPOE à d'autres systèmes d'information utilisés par l'organisme pour la gestion des médicaments.	!
8.4 L'organisme teste régulièrement le système informatique de la pharmacie pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	!
11.4 L'organisme vérifie régulièrement les limites incontournables et les limites contournables établies dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5 L'organisme vérifie régulièrement les limites incontournables et les limites contournables établies, et il fait les changements qui s'imposent.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'organisme est félicité pour son approche multidisciplinaire et organisée de la gestion du médicament.

Au département de pharmacie, la rigueur, la documentation, les équipements, l'intégration de l'information, les publications et la recherche dans le domaine de la pharmacie méritent d'être soulignés.

Le département de pharmacie, malgré des locaux exigus, répond aux normes de fabrication de produits stériles ou de magistrales. Les recommandations de l'Ordre des pharmaciens sont respectées et les suivis nécessaires effectués.

L'organisme est félicité pour l'implantation du MSTP à l'admission qui est fait pour presque tous les patients grâce à une implication multidisciplinaire. Cependant, les équipes multidisciplinaires sont encouragées à examiner le processus de bilan comparatif des médicaments afin de s'assurer que les intentions du prescripteur et la réconciliation sont bien documentées et disponibles à chaque étape de l'épisode de soins.

Avec l'introduction de nouvelles technologies comme les pompes intelligentes ou le CPOE, il faut s'assurer d'un processus de vérification de ces outils.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus	
7.2 L'équipe effectue une évaluation psychosociale de chaque receveur potentiel.	!
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.2 L'organisme élabore des buts et objectifs mesurables annuellement pour les services de transplantation.	
3.5 Le directeur médical ou son remplaçant désigné informe et forme les membres de l'équipe de transplantation avant de mettre en oeuvre une nouvelle PON ou une PON révisée. Référence CSA : Z900.1-03, 6.4.	
3.6 L'organisme consigne l'information sur la formation qu'a reçue l'équipe de transplantation sur la PON.	
3.7 Le directeur médical ou son remplaçant désigné vérifie régulièrement si les membres de l'équipe de transplantation respectent la PON.	
3.8 L'équipe de transplantation examine et évalue annuellement l'efficacité des PON. Selon les résultats, l'équipe change les PON, les activités de formation et les processus de surveillance, au besoin. Référence CSA : Z900.1-03, 6.4.	
3.9 L'équipe revoit les PON pertinentes à la suite d'un événement sentinelle, d'un événement évité de justesse ou indésirable, de changements aux exigences réglementaires et prévues par la loi, de vérifications internes ou externes et d'autres situations définies dans les politiques du programme.	
3.10 L'équipe de transplantation consigne tous les changements apportés aux PON et numérote les versions.	
Processus prioritaire : Compétences	
5.5 Lorsque les postes de l'équipe de transplantation sont attribués à de nouveaux employés, l'organisme leur fournit une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées et le programme de transplantation. Référence CSA : Z900.1-03, 4.2.	
5.6 Les membres de l'équipe de transplantation nouvellement recrutés doivent démontrer une connaissance théorique et pratique à la fin de leur période d'orientation et de formation. Référence CSA : Z900.2.3-03, 4.2.	

5.8	Le directeur médical ou son remplaçant désigné veille à faire le suivi de la formation et de l'enseignement et s'assure de la mise à jour des connaissances selon les progrès réalisés dans le domaine.	
5.10	Le directeur médical ou son remplaçant désigné évalue régulièrement le rendement des membres de l'équipe et consigne les données à ce sujet de façon objective, interactive et positive.	
5.11	Dans le cadre de son évaluation du rendement, chaque membre de l'équipe démontre ses compétences. Référence CSA : Z900.1-03, 4.2.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

20.6	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
20.7	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
20.8	L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
20.10	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
20.11	L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
20.12	L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
20.13	L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

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

Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus

Le CHU Ste-Justine est actif au niveau de la transplantation depuis plus de 40 ans avec une première greffe de rein il y a 42 ans et la première greffe cardiaque et hépatique a eu lieu il y a 30 ans.

Depuis 1992, le programme de transplantation agit en partenariat avec Transplant Québec qui gère le processus d'appariement des donneurs avec les receveurs potentiels.

L'équipe est multiprofessionnelle et est engagée auprès de ses patients. La collaboration entre les intervenants est évidente.

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe en est à sa première visite d'agrément pour le processus prioritaire de transplantation d'organe. Un travail très important a été fait dans les derniers mois à préparer les PONs, et les intervenants méritent d'être félicités.

Présentement l'organisation du programme compte trois différents directeurs médicaux pour les organes solides transplantés. L'équipe est encouragée à considérer nommer un seul directeur du programme de transplantation, avec des coordonnateurs médicaux pour les types de greffes effectuées. Ceci pourrait simplifier le processus de mise à jour, de formation et d'évaluation des différentes PONs.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire de transplantation du CHU de Ste-Justine est compétente et engagée envers ce programme. Il y a des rencontres régulières des comités.

L'équipe organise des symposiums annuels sur la transplantation. L'équipe est encouragée à prévoir un programme plus formel de formation axé sur la transplantation ainsi qu'un programme d'évaluation du rendement des membres de l'équipe.

L'équipe est préoccupée d'une perte d'expertise lors du transfert éventuel de l'unité multispécialité, en particulier avec l'amalgamation avec les lits de pédiatrie générale. L'organisation est encouragée à porter une attention particulière à ce sujet.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe de transplantation d'organes, en collaboration avec Transplant Québec, assure la bonne gestion du processus de la greffe. L'organisation tient un dossier spécifique pour les clients greffés et a une section particulière dans le dossier électronique du patient afin de rapidement retrouver l'information.

L'équipe médicale est très engagée et impliquée sur la scène nationale et internationale en matière de transplantation.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a à sa disposition une série de données sur ses résultats. Elle est encouragée à se fixer des objectifs d'amélioration de la qualité et à déterminer des indicateurs mesurables afin de suivre le progrès de ces stratégies d'amélioration de la qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
7.3 Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	
9.6 Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
10.2 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.4 L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'unité de biologie médicale offre un répertoire d'analyses de biologie délocalisées supportées par des technologies, des équipements, des troussees et des bandelettes de réactif. Le comité interdisciplinaire sur les ADBD est actif et composé d'acteurs clés de l'organisation : GBM, des responsables des services de laboratoire qui offrent des services d'ADBD ainsi que des représentants des utilisateurs d'ADBD comme les prescripteurs, le personnel infirmier, les inhalothérapeutes, etc.

L'acquisition, le démarrage et la mise en application des ADBD suivent les règles généralement acceptées.

Les équipements ADBD à « grand usage » à savoir : les glucomètres, les appareils à gaz sanguins, les I-STAT se conforment à des processus de contrôle de la qualité et de la sécurité. Ces processus sont bien maîtrisés. Il y a également une équipe de super utilisateurs qui s'acquittent adéquatement de leurs rôles. Pour ces analyses, il est également observé un programme de contrôle des compétences et de certification efficace même si parfois, des rappels soutenus sont nécessaires. Plusieurs de ces équipements sont interfacés au

système d'information de laboratoire (SIL) ce qui permet de générer un rapport exhaustif standardisé dans le dossier du patient. Toutefois, l'équipe est encouragée à mettre en place des mécanismes de contrôle qui permettent d'assurer la qualité de l'information tout au long du flux informationnel allant de l'information générée par l'équipement ADBD à la transcription manuelle des données dans le dossier jusqu'au dépôt du rapport officiel généré par le système d'information de laboratoire.

Quant aux équipements, trousse et bandelettes de réactifs à usage plus « restrictif », il y a plus de variabilité dans les processus de contrôles de la qualité et des compétences. L'équipe est encouragée à soutenir ses efforts pour assurer la qualité.

3.2.4 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe définissent ensemble des buts et des objectifs mesurables axés sur la prestation de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer.	
Processus prioritaire : Compétences	
5.8 Les membres de l'équipe reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.	
5.8.1 Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
21.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
21.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
22.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	
22.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
22.6 L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
22.7 L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	

22.8 L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.



Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

L'équipe est félicitée pour son processus de bilan comparatif des médicaments.

Le concept de patient partenaire est vraiment intégré et les patients et les familles sont partie prenante dans tous les processus.

Les familles ont accès à une ressource 24/7. Un effort est fait afin d'accommoder l'horaire des parents.

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe consulte ses membres et la communauté pour définir ses objectifs. L'équipe est encouragée à se doter d'indicateurs pour ses objectifs d'amélioration afin de pouvoir mesurer ses progrès et les partager.

Des instructions claires sur l'utilisation de la pompe BBraun sont affichées comme prescrit dans les normes.

L'organisme collabore et offre un excellent soutien à ses partenaires de partout en province.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est dynamique et très bien formée.

L'équipe est encouragée à valider les compétences de son personnel sur l'utilisation des pompes afin de s'assurer de leur utilisation appropriée et optimale.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès au comité éthique pour les aider à prendre une décision dans des situations complexes.

L'équipe intègre les meilleures pratiques à ses activités opérationnelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est invitée à se pencher sur des objectifs mesurables incluant des cibles pertinentes à atteindre. L'équipe est encouragée à se doter d'un tableau de bord regroupant ses principaux indicateurs et à le partager avec les membres de l'équipe et les clients.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments est effectuée de façon très sécuritaire et multidisciplinaire.

Des outils informatiques à jour permettent de suivre le parcours du patient et de partager de l'information en ce qui concerne la gestion des médicaments.

Des efforts ont été déployés afin de mettre à jour les espaces dédiés à la production de la chimiothérapie à la pharmacie.

L'équipe est compétente et utilise des données probantes pour faire le choix de ses lignes directrices.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
8.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles de l'organisme ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	
<p>L'organisme a une équipe dynamique et compétente de préventions des infections qui a le soutien de la direction.</p> <p>Les échanges avec les membres de l'équipe de prévention des infections ont permis de constater qu'il existe un souci constant d'assurer un équilibre entre l'humanisation des soins et la prévention des infections.</p> <p>Le groupe est très engagé et communique très bien avec tous les secteurs incluant même les employés des firmes de construction. L'équipe a réévalué sa structure de façon à mieux satisfaire aux besoins et à certains grands défis notamment l'Ebola. La nouvelle structure assure l'appui et la visibilité au niveau de la haute direction. L'équipe utilise plusieurs outils pour améliorer les résultats et influencer la culture.</p> <p>Au sujet de l'entretien, le personnel rencontré possède les compétences nécessaires concernant les normes d'hygiène et de salubrité. Des cartes sont disponibles sur chaque chariot pour rappeler les consignes pour chaque activité de nettoyage.</p>	

3.2.6 Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA), Laboratoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.2 Le laboratoire utilise l'information recueillie au sujet des clients, des prestataires de services et d'autres organismes pour définir l'étendue de ses services.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
5.4 Les PON du laboratoire sont revues à intervalles réguliers, et des changements sont apportés au besoin.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
11.1 L'équipe du laboratoire sélectionne, recueille, analyse et fait le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité afin d'évaluer la qualité de ses services, et elle utilise les données qui en découlent pour cerner les possibilités d'amélioration.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'équipe est toujours bien représentée lors des réunions avec les autres prestataires de soins et services. Une excellente relation de travail a été développée aux fils des années avec les organismes privés et publics offrant les mêmes services.	
Processus prioritaire : Compétences	
Le service de procréation médicalement assistée a un directeur et un personnel possédant les compétences requises afin d'exercer les fonctions selon les meilleures pratiques disponibles. Leur rendement est évalué de façon régulière afin de maintenir le niveau de pratique. L'accessibilité à de la formation continue est aussi appréciée.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les emplacements dédiés à ce service ont été planifiés afin de favoriser les procédures devant y être accomplies. Les locaux possèdent les conditions optimales pour la qualité des gamètes et des embryons. Les espaces de travail ont été aussi conçus de façon à maintenir un environnement stérile et permettre une désinfection totale. Des locaux adjacents ont été aménagés afin de permettre un premier contact entre les embryologistes et les patientes.

Des procédures organisationnelles normalisées ont été développées pour toutes les opérations retrouvées dans le service. Une attention particulière devrait cependant être apportée à la mise à jour de ces documents même si les techniques demeurent sensiblement les mêmes.

Un très grand souci est porté sur l'identification de tous les spécimens confiés au service notamment les échantillons de sperme et les échantillons cryopréservés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les techniques utilisées sont basées sur les meilleures pratiques et les normes en vigueur. Les techniques ont été validées et produisent les résultats escomptés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le service de procréation médicalement assistée possède un bon programme de gestion de la qualité. Des rencontres sont planifiées régulièrement afin de revoir les indicateurs que l'on s'est donnés. L'équipe est invitée à porter une attention particulière à la sélection de valeurs cibles afin de mieux évaluer nos services.

3.2.7 Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA), services cliniques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Prévention des infections	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'équipe avait un défi en fonction des demandes et du court délai à mettre sur pied le centre de procréation assistée. Elle a réussi à rencontrer les cibles fixées par le ministère. Elle s'est de plus démarquée par son rayonnement au plan national et international, que ce soit par l'organisation de symposium annuel sur la procréation assistée, ou la publication du guide sur l'infertilité.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'équipe interdisciplinaire du centre de procréation assistée est engagée et compétente. Les membres reçoivent de la formation et les évaluations de la performance sont faites. Il existe une bonne collégialité entre les intervenants et plusieurs occasions de partager les connaissances.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe s'est engagée dès le début à appliquer les meilleures pratiques et elle peut être félicitée pour leurs impressionnantes réalisations à date.

Le changement d'environnement légal et de la couverture des frais reliés à la procréation assistée est une source d'inquiétude pour l'équipe qui devra trouver des façons de demeurer viable dans un environnement changeant.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe du centre de procréation assistée du CHU Ste-Justine assume un rôle de leadership depuis qu'il a été créé en 2012. L'équipe s'appuie sur des données probantes et participe à l'élaboration des pratiques exemplaires. Elle est constamment à revoir ses processus.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe mesure bien sa performance et est à l'affut des derniers résultats de la recherche et de la pratique dans cette discipline. Elle partage ses résultats avec ses partenaires.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe est félicitée pour l'application des critères et des normes de la gestion des médicaments.

Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe est félicitée pour sa conformité aux critères et aux normes de la prévention de l'infection.

3.2.8 Ensemble de normes : Service des urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
5.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les pompes à perfusion. 5.5.1 Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
5.7 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
5.8 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
5.13 Le personnel d'encadrement de l'équipe évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.3 De concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas), l'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).	 PRINCIPAL
9.3.1 L'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.	PRINCIPAL
9.3.3 Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, l'équipe produit le MSTP de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigne l'information.	PRINCIPAL
9.3.4 Pour les usagers non admis du groupe cible, l'équipe communique les changements apportés aux médicaments au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL

- 9.3.5 Pour les usagers non admis nécessitant un bilan comparatif des médicaments, l'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur prend.

PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- 16.3 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin d'atténuer les répercussions des chutes chez les usagers.
- 16.3.4 L'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures.
- 16.3.5 L'équipe utilise l'information découlant de ces évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.



SECONDAIRE

SECONDAIRE

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La direction clinique du programme d'urgence est félicitée pour ses méthodes de gestion opérationnelles

Ouvrant en dyade, l'équipe possède un tableau de bord pertinent des activités et indicateurs en temps réel. Elle se sert de cet outil pour ainsi faire preuve d'innovation en tentant de trouver des solutions pratiques réduisant le risque d'engorgement de son secteur. Par exemple, la mise en place d'une clinique de débordement ayant une infirmière auxiliaire et un médecin qui accueillent les cas non urgents est tout à son honneur. Ils ont même été au-delà des murs de l'organisation pour établir un partenariat avec une clinique communautaire dans laquelle un bloc de rendez-vous est disponible pour une consultation dès le leL'établissement d'ententes similaires aurait pour effet de désengorger le service.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe interdisciplinaire est en place. L'ajout d'un membre du service social pour une période de seize par jour a grandement contribué à la prise en charge conjointe de la clientèle ayant des défis psychosociaux.

Le personnel connaît bien son rôle et s'en acquit. La communication est fluide et pertinente. Le personnel rencontré dit avoir un sentiment d'appartenance fort à ce secteur d'activité.

La clientèle se dit satisfaite des services rendus.

La formation initiale concernant les pompes à perfusion est bien respectée. Cependant, il n'y a pas de processus clair concernant le maintien de cette compétence, incluant un indicateur de rendement à cet effet.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le flot des activités de soins respectent les meilleures pratiques.

Des zones de traitement incluant la surveillance adéquate sont disponibles selon le code de triage de la clientèle.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe collige l'information clientèle dans un dossier unique. Ce dernier est disponible en temps opportun et comprend les divers outils de documentation.

L'informatisation du dossier sera une étape importante pour l'équipe.

L'application ou le développement de meilleures pratiques fait partie de la culture de l'équipe, ce qui est tout en son honneur.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe intègre systématiquement une culture de mesure dans plusieurs de ses processus. L'analyse des résultats fait également partie prenante de sa diligence raisonnable.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Les dons d'organes proprement dit ne se font pas au service d'urgence. Ces derniers sont font plutôt à l'unité des soins intensifs à la suite de la stabilisation du patient.

Néanmoins, l'équipe a reçu de la formation sur cette pratique.

3.2.9 Ensemble de normes : Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.8 L'équipe évalue une fois par année ses services et les modifie au besoin.	
Processus prioritaire : Compétences	
5.3 Les dirigeants de l'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et utilisent ces renseignements pour apporter des modifications.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
12.5 Après le transfert ou la cessation des services, l'équipe communique avec le client, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
17.1 L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'équipe connaît très bien sa clientèle et assume pleinement sa mission. Les partenaires sont présents et contribuent au succès de l'équipe.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'équipe interdisciplinaire est bien implantée. La communication est fluide et respectueuse entre les membres. L'équipe est invitée à évaluer, sur une base régulière, son fonctionnement pour ainsi identifier ses forces et des pistes d'amélioration, le cas échéant.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les processus associés à l'épisode de soins de cette clientèle sont justes et appropriés afin de satisfaire les besoins de la population.

Les échanges auprès de la clientèle ont permis de constater que cette dernière est très satisfaite des services rendus. Il est à noter que celle-ci a eu l'opportunité de connaître le nouveau fonctionnement du projet CIRENE. Il va s'en dire que ce projet est fort prometteur dans une optique de prise en charge rapide d'une clientèle à risque.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Des dossiers précis sont disponibles pour l'ensemble des patients.

Un lien de communication étroit est en place entre les unités d'obstétrique, de néonatalogie et l'équipe ambulatoires pour ainsi assurer un transfert en temps opportun et sans heurt selon le besoin des poupons.

Des activités de recherche sont présentes au sein de cette équipe. L'équipe est félicitée pour avoir lancé son projet d'un Centre Intégré du Réseau en Neuro-développement de l'enfance (CIRENE) qui répond à un besoin criant de réduire les listes d'attente dans la prise en charge d'un enfant ayant des besoins particuliers de développement à rencontrer pour ainsi contribuer à son développement futur. Ce dernier ne se fait pas en vase clos, car plusieurs partenaires communautaires y sont inclus. Des indicateurs de performance sont à prévoir par l'entremise d'une collaboration avec le milieu universitaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe possède un plan d'action clinico-administratif imposant. Cependant, l'équipe est invitée à inclure des objectifs mesurables incluant des cibles pertinentes à atteindre. La méthode SMART est une excellente méthode pour pousser et mettre en œuvre la culture de mesure.

Un questionnaire clientèle est disponible. L'équipe est invitée à lancer ce dernier sur une base régulière pour ainsi tirer profit des résultats tout en incluant des activités d'amélioration de la qualité à son plan annuel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
15.6 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients. <ul style="list-style-type: none"> 15.6.1 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes. 15.6.2 La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes. 15.6.3 La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées. 15.6.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue. 15.6.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes. 	<div style="text-align: center;">  </div> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>SECONDAIRE</p>
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	

L'équipe d'imagerie diagnostique est dynamique.

La mise en oeuvre d'un slogan mobilisateur, la qualité de nos résultats est le reflet de nos images, est intégrateur et se retrouve à même le bulletin du service.

L'équipe est félicitée d'avoir intégré le processus d'une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire. Mise en oeuvre le 29 octobre dernier, le taux de conformité se situe à 88 %. Il s'agit maintenant de poursuivre son intégration pour ainsi atteindre une adhésion à 100%.

La qualité de vie au travail et l'essoufflement de l'équipe sont un souci auprès de l'équipe de direction administrative et médicale. Des activités sociales sont présentes et appréciées de tous contribuant à un milieu de travail intéressant malgré les activités cliniques importantes.

Des sondages de satisfaction des utilisateurs des services sont présents et analysés en équipe ayant pour objectif l'amélioration continue de l'accès au plateau technique.

L'équipe est invitée à inclure dans ces mesures de rendement des évaluations de rendement de ses employés sur une base régulière.

La visite a permis d'identifier un risque de contamination croisée important dans la salle d'utilité souillée. Bien que le personnel soit formé et sensible à cette condition, l'espace contraignant, le retraitement dans la même zone souillée, le manque de ventilation et le taux d'humidité font qu'augmenter le risque de contamination.

L'équipe est invitée à revoir ce processus dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, concernant le programme de prévention des chutes, l'équipe est invitée à identifier systématiquement sa clientèle à risque et à inclure des indicateurs de rendement de l'application du programme.

3.2.11 Ensemble de normes : Services d'obstétrique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe travaillent ensemble à l'élaboration de buts et d'objectifs propres aux services d'obstétrique.	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services d'obstétrique sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.5 L'équipe reçoit une formation continue et efficace sur tous les types de pompes à perfusion utilisées par les prestataires de services et le personnel.	
4.5.1 Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.6 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
9.6.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
9.6.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
9.10 L'équipe dispose d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux.	
12.5 Après le transfert ou la cessation des services, l'équipe communique avec les clientes, les familles ou les organismes vers lesquels les clientes ont été acheminées pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
18.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
18.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
18.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
19.4	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	
19.5	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est engagée. L'introduction du «Hot 5» est un bon exemple qui permet de partager de l'information, d'obtenir de la rétroaction de la part du personnel. L'équipe est encouragée à poursuivre cette initiative et à l'utiliser pour valider des objectifs d'amélioration de la performance.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est compétente et engagée à donner des soins de qualité. Elle tire profit d'une bonne orientation et formation. L'équipe est encouragée à donner une formation continue et efficace sur les pompes à infusion.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a des processus bien en place pour les services d'obstétriques. Elle doit être félicitée pour le développement du centre d'intervention psychosociale précoce. Il y a une bonne collaboration entre la salle d'accouchement, le post-partum et les services de néonatalogie. Étant donné que le service de néonatalogie est le centre de référence pour la province, il y a à l'occasion des situations difficiles de congestion. L'équipe travaille avec les partenaires de la région afin de mitiger cette situation.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient des dossiers à jour sur la clientèle et documente bien leurs interventions.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès à beaucoup de données. Ces données ne sont pas nécessairement diffusées à tous les membres. L'équipe est encouragée à se fixer quelques objectifs avec des cibles mesurables.

L'équipe est encouragée à impliquer les membres afin de fixer ces objectifs.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
5.4 On compte un nombre suffisant de membres qualifiés au sein de l'équipe qui peuvent offrir le niveau de services de laboratoire requis, mener à bien les activités quotidiennes et voir à toutes autres responsabilités.	
7.2 Le laboratoire a suffisamment d'espace pour réaliser les activités du laboratoire.	
9.5 L'équipe maintient un système d'alarme pour l'équipement concerné qui permet d'avertir les membres de l'équipe de changements dans les conditions ambiantes ou en cas de dysfonctionnement, et elle vérifie régulièrement le système.	!
11.3 L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
14.5 L'équipe tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, l'étalonnage, la maintenance et les réparations de l'équipement.	
15.6 L'équipe suit une politique concernant l'utilisation de réactifs périmés uniquement dans des circonstances exceptionnelles, laquelle exige de confirmer qu'ils sont toujours aptes à être utilisés.	
18.2 L'équipe suit les PON pour répondre aux requêtes qu'elle reçoit verbalement.	
20.2 Le laboratoire suit une PON pour le maintien de l'intégrité des échantillons qui sont traités après les heures normales d'ouverture, s'il y a lieu.	!
23.5 L'équipe suit les PON pour prendre des mesures en réponse à des résultats qui se classent parmi les résultats critiques.	!
26.4 Le programme de sécurité comprend un manuel de sécurité mis à la disposition de tous les membres de l'équipe en tout temps.	!

27.6	L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
29.2	L'équipe définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur la qualité.	!
29.4	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
29.7	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le service de la biologie médicale a fait un travail considérable depuis la dernière visite d'agrément. De nombreux documents ont été produits afin de mieux définir les rôles et responsabilités de tous les membres du personnel. Une certaine incertitude face à l'avenir du département peut être ressentie auprès des employés. Ils demeurent cependant très dédiés à leur clientèle et leur organisation.

L'environnement physique de la biologie médicale est bien entretenu malgré l'âge certain des bâtiments. Les gens de la salubrité qui y travaillent possèdent une formation supplémentaire afin d'être conscientisés des dangers et des risques pouvant être présents. Le centre de prélèvements possède des pièces isolées pour effectuer les procédures et mieux encadrer les enfants. L'équipe est invitée à jeter un certain regard sur la salle d'attente qui semble encombrée.

Le service de biologie biomédicale est sûrement un chef de file au niveau du système d'information sur les matières dangereuses (SIMDUT). Les fiches signalétiques de tout l'établissement sont retrouvées au système informatique LBX et sont accessibles via l'internet partout dans l'organisation. Une étiquette maison avec pictogrammes résumant les informations des fiches signalétiques est maintenant utilisée pour diminuer le temps de réponse lors de situations d'urgence. Un système de pictogrammes représentant les substances dangereuses est aussi retrouvé à l'entrée de chaque pièce afin d'aviser les gens des risques présents et de les informer de l'équipement de protection qui doit être porté.

Le parc d'équipements du laboratoire est complet et répond bien au besoin des services offerts. Une attention particulière devrait être portée pour s'assurer que les dossiers d'entretien des appareils soient complets et contiennent toutes les actions posées par tous les intervenants incluant le service du génie biomédical.

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	
4.4.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Épisode de soins

7.6	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.6.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme effectue une réflexion stratégique en lien avec le projet clinique environ aux 3 ans.
Les objectifs sont mesurables, cependant il y a quelques exceptions.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est bien implantée. La communication est fluide et respectueuse entre les membres.

Chaque membre du personnel infirmier a rempli une auto-évaluation de leurs compétences.

50% de son personnel a été évalué dans un secteur. Cependant cela n'est pas égal d'une unité à l'autre.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les échanges auprès de la clientèle ont permis de constater que cette dernière est très satisfaite des services rendus.

L'équipe est encouragée à examiner son processus pour le bilan comparatif des médicaments de façon à ce que la comparaison soit documentée et disponible.

L'organisme est encouragé à mesurer régulièrement l'efficacité de son programme de prévention des plaies par exemple avec un taux de plaies avant et après la mise en place d'une stratégie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers patients sont complets et répondent aux besoins des cliniciens.

L'équipe intègre les meilleures pratiques à ses activités opérationnelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe utilise des indicateurs pour presque tous les projets d'amélioration.

L'équipe est encouragée à se doter d'un tableau de bord regroupant ses principaux indicateurs et à le partager avec les membres de l'équipe et les clients.

3.2.14 Ensemble de normes : Services de réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.1 L'équipe recueille des renseignements sur les clients et la communauté.	
1.2 L'équipe utilise l'information recueillie au sujet des clients et de la communauté pour définir l'étendue des services offerts et dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de santé sont décelés.	
1.6 L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de réadaptation.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.8 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.3 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.5 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.5.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décele, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.5.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL

7.5.5	L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
11.5	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.1	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
16.2	L'organisme se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.	
16.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	
16.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
16.6	L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
16.7	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
16.8	L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe de direction connaît bien sa clientèle, ses partenaires et ses orientations sont en ligne avec sa mission.

L'équipe est invitée à développer un tableau de bord opérationnel comprenant des indicateurs de rendement, de qualité et de risque incluant des cibles à atteindre. Conjointement à l'exercice, l'inclusion de résultats d'étalonnage aura pour intérêt de se mesurer à d'autres services comparables.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe interdisciplinaire engagée et dynamique est présente au sein de ce service.

L'équipe comprend son rôle et assume ses responsabilités dans l'atteinte des besoins de la clientèle.

Les espaces et les outils de travail sont disponibles selon les spécificités du secteur. Une contribution importante à l'effort de prévention des infections est effectuée par les préposés en nettoyant les jeux d'enfants entre chaque utilisation.

L'équipe est invitée à évaluer son fonctionnement sur une base régulière pour ainsi identifier les activités de valeurs non ajoutés pour ainsi optimiser l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La clientèle se dit très satisfaite des services offerts par les professionnels.

Il n'y a pas d'attente dans ce secteur considérant que le taux d'occupation est depuis plusieurs mois sous la barre des 100%. L'équipe est invitée à étudier davantage l'utilisation de ces lits pour ainsi s'assurer de leur efficacité ou à délocaliser des ressources vers d'autres services complémentaires assurant ainsi son efficience.

Au niveau de la gestion des risques, une chute de linge est accessible dans l'utilité souillée. Bien que la porte soit verrouillée, il ne s'agit que d'une malchance que cette dernière demeure ouverte pour qu'un événement fâcheux se produise. Les données probantes suggèrent fortement de ne plus utiliser ce type d'outil dans les milieux de santé. L'équipe est invitée à se pencher sur ce dossier pour assurer la sécurité de sa population. Dans ce même ordre d'idée, l'accès à la terrasse n'est pas limité par une porte verrouillée ou par un code d'accès. Bien qu'un garde-fou ainsi qu'un grillage supérieur sont disponibles pour améliorer la sécurité de la clientèle, l'équipe est invitée à établir une pratique plus sécuritaire à cet égard, comme elle le fait pour l'utilité souillée.

Pour la gestion de la lingerie à la buanderie, l'équipe est invitée à rehausser ses pratiques de prévention des infections lors de la livraison des fournitures aux unités en recouvrant ces chariots de lingerie réduisant ainsi le risque de contamination croisée. Par ailleurs, le service actuel avec un fournisseur de buanderie sera redéployé vers l'hôpital. L'équipe voit ce changement d'un bon oeil, par contre, elle est concernée par le processus d'échange entre la lingerie propre et souillée. Plus particulièrement à savoir si ce processus sera effectué par le même camion afin de ne pas croiser le matériel propre du matériel souillé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers patients répondent convenablement au besoin des cliniciens.

L'équipe des soins infirmiers procède actuellement à la révision de son outil de communication, soit le kardex. Elle est invitée à inclure dans son exercice l'intensité du niveau de soins en lien avec les directives de réanimation.

L'équipe intègre les meilleures pratiques à même ses activités opérationnelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe utilise des indicateurs pour presque tous les projets d'amélioration.

L'équipe est encouragée à se doter d'un tableau de bord regroupant ses principaux indicateurs et à le partager avec les membres de l'équipe et les clients.

3.2.15 Ensemble de normes : Services de santé mentale - Secteur ou service

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
10.6	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
10.6.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
10.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.5	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les usagers.	
16.5.5	L'équipe utilise l'information découlant de ces évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
17.8	L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		

Processus prioritaire : Direction clinique

Le service est bien structuré et organisé selon les objectifs et la programmation clinique. Les responsables clinico-administratifs sont encouragés à poursuivre le suivi de leurs objectifs, selon une approche stratégique et opérationnelle, et cela sans oublier les échéanciers et les suivis nécessaires.

La clientèle qui nécessite les soins de ce programme est connue, il en est de même de leurs besoins biopsychosociaux. Ce service bénéficie du soutien des unités de pédiatrie selon le nombre de demandes ponctuelles pour une admission; ces unités de pédiatrie peuvent servir d'aire de débordement. Par ailleurs, les patients peuvent également bénéficier d'une période de transition à l'hôpital de jour dédié à cette clientèle. Les statistiques et les commentaires de l'équipe et de la clientèle appuient favorablement cette trajectoire de soins.

L'équipe est invitée à poursuivre la mise en place d'un tableau de bord de ces statistiques avec les données présentées : durée de séjour, admission, réadmission, etc. L'équipe est également invitée à définir plus précisément les objectifs stratégiques et opérationnels du programme dans le but d'obtenir des analyses et des résultats plus ciblés. Le service est encouragé à poursuivre le développement de sa culture qualité et de suivis statistiques.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel participe aux décisions portant sur l'organisation du travail et des enjeux au sein de l'unité de soins. Pour ce faire, l'équipe a développé un profil de compétence et de développement, conformément au référentiel de développement professionnel le « MÉLÉPI ». La chef de service évalue son personnel en tenant compte des orientations de son développement professionnel actuel et celui qui est envisagé. De plus, la chef de service et le personnel responsable comme l'assistant-infirmier-chef s'assurent d'offrir une rétroaction au personnel. Ainsi donc, l'équipe est invitée à poursuivre, notamment, le projet de réorganisation du travail selon les normes professionnelles et les exigences et besoins de l'unité de soins; tout ceci afin d'offrir un service optimal.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une trajectoire de soins précise l'orientation de la clientèle; ceci dans une perspective de soins tertiaires dont le mandat est sous-régional.

Il faut souligner la très grande disponibilité des pédopsychiatres et leur engagement envers la clientèle afin d'assurer une accessibilité à l'unité de soins et à l'hôpital de jour.

Le dossier médical est complet et des notes médicales et de l'équipe professionnelle, des plans de soins et le plan thérapeutique infirmier démontrent les objectifs de soins.

En ce qui concerne les soins infirmiers, l'équipe est invitée à améliorer la documentation concernant le suivi des surveillances effectué par le personnel, une grille est suggérée tout en maintenant les notes aux dossiers.

À propos de l'évaluation du risque suicidaire, l'équipe est invitée à utiliser une grille comportant des critères afin d'assurer une standardisation de cette évaluation, notamment en soins infirmiers. Il faut noter que le programme de soins est complet.

L'organisme est encouragé à revoir certains aspects de la sécurité dans les bureaux d'entrevue, un bouton panique devrait être disponible. Quant aux chambres, il serait important d'éliminer les barres à serviettes des lavabos et les remplacer par des crochets anti-pendaison. Il faut souligner qu'un comité en gestion des risques est en place dans le but de rendre le milieu sécuritaire pour les usagers et leur famille ainsi que pour le personnel.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe est invitée à poursuivre ses projets cliniques et de recherches dans le but de soutenir le développement des connaissances dans le domaine spécialisé de la pédopsychiatrie. Par ailleurs, cette culture favorise le développement des savoirs professionnels, mais également une participation multidisciplinaire; tout ceci au bénéfice de la qualité des soins et des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les responsables sont invités à poursuivre leurs activités concernant la mesure statistique afin de bien évaluer la progression de leurs projets, à bien communiquer les projets mis de l'avant au bénéfice du personnel, des usagers et leur famille, ceci par divers moyens de communication. Le service est invité à bien structurer ses suivis.

3.2.16 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.4 Les buts et objectifs de l'organisme sont précis et mesurables.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
19.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
19.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
19.6 L'équipe recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
19.7 L'équipe suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
19.8 L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	

Le service doit définir ses objectifs précisément afin d'en examiner les résultats et impacts. Les objectifs transversaux proposés pour l'année 2016 sont les suivants: augmenter l'accessibilité aux services spécialisés même par vision-conférence et le développement d'une coordination intégrée du réseau, la mise en oeuvre d'un tableau de bord identifiant les indicateurs de volume et de résultat et, finalement, la révision des rôles professionnels au sein de l'équipe multidisciplinaire, notamment le rôle de l'infirmière selon de nouvelles orientations.

Le service suit les orientations du plan d'action en santé mentale et consultera le nouveau document 2015 envoyé par le MSSS. Les indicateurs d'accessibilité sont suivis. Un comité de gestion des risques spécifique à la santé mentale est en place.

Il faut également souligner que tous les efforts sont mis de l'avant afin d'offrir une continuité des soins de l'unité de soins à l'hôpital de jour.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel rencontré est fort satisfait de l'organisation et du fonctionnement de ce service. Le personnel participe activement au développement de la programmation et à l'ajustement de l'offre de service à partir de l'information recueillie.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service répond rapidement aux demandes de la clientèle et, même aux situations de crise. L'équipe travaille en collaboration avec le patient et sa famille, selon le cas. Des plans d'intervention interdisciplinaire sont élaborés pour chaque patient. Ces plans ressemblent à un suivi systématique de la clientèle et déterminent les décisions et l'orientation de l'équipe interdisciplinaire; l'équipe est constituée de psychiatres, de psychoéducateurs, neuropsychologues, d'infirmières et autres professionnels consultants au besoin.

Les activités présentées à la clientèle sont personnalisées à la situation clinique et tiennent compte du contexte psychosocial.

Une famille rencontrée a souligné l'excellence de l'accessibilité rapide à la clinique, des suivis effectués et l'attention portée à leur problématique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les professionnels s'appuient sur les meilleures pratiques afin de déterminer la programmation clinique pour les équipes ambulatoires, pour l'urgence psychiatrique et pour l'équipe consultation-liaison dans les services intrahospitaliers. De plus, des ententes sont établies avec les différents services et partenaires du réseau.

Des activités de recherche et des projets qualité sont effectués dans le respect des normes éthiques et de la volonté de la clientèle.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le fonctionnement de l'équipe est validé régulièrement par le chef de service. Au sujet des objectifs à mieux définir pour le service, il doit être précisé cependant que des projets d'amélioration continue et des recherches cliniques sont toutefois mis de l'avant qui répondent à divers besoins de la clientèle. Sans indicateurs spécifiques et mesurables, il est difficile de poursuivre la réflexion clinique et administrative sur les enjeux actuels et futurs.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins intensifs.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	
4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.7 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.7.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.7.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
9.8 L'équipe prévoit une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les clients et les membres de leur famille dans un lieu privé.	
9.12 Dans la mesure du possible, l'équipe permet aux membres de la famille du client d'être présents dans la chambre quand elle effectue des interventions d'urgence.	
10.9 L'équipe utilise un outil de dépistage du délire pour déterminer si les clients présentent des symptômes de délire.	
12.7 Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est dynamique et est très engagée à développer des objectifs mesurables afin de mesurer l'atteinte d'objectifs de qualité. L'équipe est encouragée à poursuivre dans cette voie. Elle est aussi félicitée pour le développement du dossier électronique.

L'équipe a participé avec les autres services dans le projet «annulation zéro» avec de bons résultats.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe des soins intensifs au CHU Ste-Justine est engagée et compétente. Il y existe une bonne collaboration entre les intervenants. Le personnel détient les titres de compétence appropriés.

Le programme de résidence pour l'intégration des nouvelles infirmières est très pertinent et apprécié.

Bien que les membres aient eu une formation sur les pompes intraveineuses, l'équipe est encouragée à donner une formation continue sur ces pompes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe des soins intensifs est une équipe multiprofessionnelle engagée à fournir les meilleurs soins pour une clientèle aux prises avec des situations critiques. Elle est aussi impliquée dans les agendas de transformation avec entre autres, leur participation dans le projet FORCES qui visait à améliorer la qualité de la transmission de l'information lors de la transition à l'étage. Elle est aussi une des premières unités à avoir un dossier entièrement informatisé.

L'environnement crée des enjeux au niveau de la proximité en présence d'éclosion. Cette situation sera corrigée avec le déménagement en 2016 dans les nouveaux locaux.

L'équipe est encouragée à considérer inclure les patients et la famille lors de leur tournée et à envisager des rencontres multidisciplinaires avec la famille sur une base régulière lors du séjour aux soins intensifs.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'unité des soins intensifs utilise maintenant un dossier informatisé. L'équipe en est très fière. Il existe des tableaux de bord, mais pour lesquels il n'y a pas encore de cibles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe dispose de données qu'elle suit de façon régulière sans nécessairement se fixer des objectifs mesurables d'amélioration de la qualité. Récemment, elle a travaillé sur le projet «annulation zéro» avec de bons résultats. L'équipe est encouragée à s'inspirer de cette expérience pour développer d'autres objectifs mesurables avec des cibles précises d'amélioration. Elle est encouragée à considérer obtenir l'opinion des membres de l'équipe et à communiquer le progrès de façon régulière.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe est bien engagée dans le processus de don d'organe. Elle revoit sa performance sur l'identification des donneurs potentiels.

L'équipe était particulièrement fière, et mérite d'être félicitée, d'avoir procédé récemment à un don d'organe d'un donneur de mort cardiocirculatoire, une première au Québec.

3.2.18 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 Les buts et objectifs de l'équipe sont rédigés dans un style clair, sont mesurables et directement liés aux orientations stratégiques de l'organisme.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.6 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	 PRINCIPAL
7.6.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
15.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	 SECONDAIRE
15.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	
16.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	
16.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
16.6 L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	

- | | |
|---|---|
| 16.7 L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès. | |
| 16.8 L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité. | ! |

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe consulte ses membres et la communauté pour définir ses objectifs. L'équipe est encouragée à se doter d'indicateurs pour ses objectifs afin de pouvoir mesurer ses progrès et les partager.

Un comité de gestion des risques spécifique à ce secteur est en place.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe interdisciplinaire engagée et dynamique est présente au sein de ce service.

L'équipe comprend son rôle et assume ses responsabilités dans l'atteinte des besoins de la clientèle.

Les nouveaux membres sont orientés de façon spécifique sur cette unité incluant le personnel de l'entretien ménager.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le concept de patient partenaire est vraiment intégré et les patients et les familles sont partie prenante dans tous les processus.

Les processus associés à l'épisode de soins de cette clientèle sont appropriés et satisfont les besoins de la clientèle.

Les échanges auprès de la clientèle ont permis de constater que cette dernière est très satisfaite des services rendus.

L'organisme est encouragé à mesurer régulièrement l'efficacité de son programme de prévention des plaies par exemple avec un taux de plaies avant et après la mise en place d'une stratégie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe intègre les meilleures pratiques à ses activités opérationnelles.

Il y a un dossier complet pour chaque usager incluant la prévention des plaies.

L'équipe coordonne très bien ses services avec ses partenaires en particulier les services ambulatoires.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe possède un plan d'action clinico-administratif. L'équipe est encouragée à inclure des objectifs mesurables avec des cibles pertinentes à atteindre. La méthode SMART est une excellente méthode pour pousser et pour mettre en œuvre la culture de mesure.

3.2.19 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
8.3 L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	!
25.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

La clientèle ayant recours aux services transfusionnels du CHU Sainte-Justine peut compter sur des services de qualité et sécuritaires. Les étapes préanalytiques, analytiques et postanalytiques obéissent à un ensemble de procédures opératoires normalisées clairement définies et bien maîtrisées par un personnel qualifié dont les compétences sont évaluées conformément à un programme d'évaluation bien défini.

La présence d'un instituteur clinique responsable de la formation du nouveau personnel, des stagiaires et des résidents est un élément à valeur ajoutée dans le processus d'acquisition et de transmission de nouvelles connaissances.

Les processus de laboratoire et les techniques de soins en médecine transfusionnelle sont bien encadrés par un Directeur de la banque de sang, une chargée technique et une chargée clinique. Cette équipe contribue également à colliger les données pertinentes en matière de sécurité, les analyser et les présenter sous forme de rapports ou d'indicateurs au Comité de médecine transfusionnelle. Ces données servent également à établir des objectifs annuels d'amélioration continue de la qualité. L'équipe est encouragée à utiliser ces objectifs pour définir des plans d'action et des indicateurs qui pourront faire partie d'un plan d'amélioration continue de la qualité.

Le personnel impliqué peut compter sur une abondante documentation comme les Procédures opératoires normalisées et les techniques de soins. Toutefois, il serait pertinent d'assurer que la documentation dérivée ou abrégée soit conforme au document maître.

Le programme de certification en pratique transfusionnelle qui s'est qualifié en 2012 comme pratique exemplaire par Agrément Canada demeure encore digne de mention. Cette démarche a d'ailleurs probablement contribué à réduire le nombre des non-conformités présentées dans le rapport 2014-2015 d'incidents et accidents cliniques transfusionnels. Tous acteurs ayant contribué à améliorer la sécurité de la pratique transfusionnelle sont félicités pour cette initiative.

Le Comité de médecine transfusionnelle est constitué d'une équipe multidisciplinaire qui regroupe des partenaires activement impliqués dans l'administration de produits sanguins.

Les services transfusionnels du CHU Sainte-Justine obéissent à de hauts standards de qualité et sont sécuritaires pour la clientèle qu'ils desservent.

3.2.20 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.5	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.5.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	 SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La coordonnatrice du plateau ambulatoire multifonctions a sous sa responsabilité une cinquantaine de cliniques. Elle est soutenue par les chefs de service et les cogestionnaires médicaux. Sous une nouvelle perspective de regroupement des cliniques ambulatoires, des objectifs transversaux portant sur la coordination des soins complexes et de réseau, l'intégration du patient partenaire aux soins, l'accessibilité aux services spécialisés, sans oublier, la révision des rôles et des responsabilités des professionnels au sein de ces cliniques dans le but de respecter la loi 90 et de soutenir lesdits professionnels dans les nouvelles attentes de leur pratique respective. Ces services visent l'optimisation des processus dans l'organisation du travail et dans les compétences requises.

Ainsi, un tableau de bord des indicateurs de volume pour les cliniques sera développé et les résultats seront à regrouper pour faciliter le travail de transmission de l'information et le suivi des données. Déjà ce type de données est disponible par service. Un tableau transversal est essentiel pour tout ce qui touche la gestion des

risques chapeautant l'ensemble des cliniques; ceci devrait permettre d'orienter les besoins en formation du personnel ainsi que les enjeux du point de vue de la sécurité des usagers.

Les services ambulatoires devraient poursuivre le développement de leur culture de recherches et d'évaluation.

Processus prioritaire : Compétences

Lors de la rencontre avec les gestionnaires et les médecins, il a été confirmé que le travail est effectué selon l'approche interdisciplinaire. Une belle collaboration et un dynamisme créent une vision de soins centrée sur les besoins de la clientèle.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les dossiers médicaux sont disposés sur ChartMaxx autrement disponible aux archives.

Les équipes travaillent en collaboration et connaissent bien leurs enjeux cliniques et administratifs.

Les équipes sont à l'écoute des commentaires des usagers. Par exemple, les services facilitent l'organisation séquentielle des rendez-vous médicaux dans le but d'offrir une accessibilité simplifiée pour le patient et sa famille; cette pratique est appréciée par les utilisateurs, mais également elle aide à toute l'organisation du travail des cliniques et à l'optimisation des soins. Un processus simple, mais de grande qualité.

Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs démarches de projets d'amélioration de la qualité dans une approche collaborative avec tous les membres de ces équipes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les services ambulatoires s'appuient sur les données probantes provenant d'autres établissements pour le développement de processus de fonctionnement des cliniques et pour l'offre de service.

L'équipe médicale, avec la collaboration des équipes professionnelles, contribue au développement des connaissances dans leur domaine respectif dans le but d'offrir des soins et services de qualité.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Avant la mise en place de nouvelle structure regroupant les diverses cliniques, chacun des chefs développait ses indicateurs selon les directives de la circulaire du MSSS; indicateurs de volume qui, d'ailleurs, indiquent actuellement une augmentation significative du nombre de visites. Par ailleurs, des indicateurs portant sur le profil de la clientèle et de la fréquence de leurs visites en clinique ou à l'urgence sont également étudiés afin de permettre des ajustements concernant leurs suivis. Tout ceci permet d'orienter les clientèles critiques et nécessitant un intervenant pivot.

Ces services sont invités à structurer un tableau de bord, d'une part transversale et d'autre part, ceux portant sur les spécificités des cliniques dans le but d'établir une vision du continuum. Par ailleurs, ceci permettra d'ajuster les ressources humaines nécessaires dans les différentes cliniques.

Finalement, les mécanismes sont en place, mais ils doivent être clarifiés et certains sont à développer comme le modèle souhaité concernant la pratique infirmière. Le tout est un travail de collaboration de l'ensemble des gestionnaires clinico-administratifs.

3.2.21 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives	
<p>4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.</p> <p>4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.</p>	 PRINCIPAL
<p>5.5 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.</p>	
<p>7.5 Lors du contact initial, l'équipe fournit aux usagers et aux familles de l'information sur la façon de déposer une plainte ou de signaler des violations à leurs droits.</p>	
<p>8.4 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager aux points de transition des soins.</p> <p>8.4.2 L'équipe se sert du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour produire les ordonnances de médicaments à l'admission OU elle compare le MSTP aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne toute anomalie liée aux médicaments.</p> <p>8.4.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL
<p>10.1 L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.</p>	
<p>10.8 Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure.</p>	
<p>10.11 L'organisme affiche un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes auquel tous les membres du personnel peuvent accéder.</p>	
<p>18.3 L'équipe a recours aux pratiques de base pour réduire les risques d'infection chez les usagers et le personnel.</p>	

19.4 L'organisme utilise un système d'évacuation de la fumée lorsqu'une source d'énergie qui produit un panache de fumée (p. ex., appareil d'électrochirurgie) est en fonction.	!
29.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
29.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	

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

La trajectoire du patient et de sa famille de l'émission de la requête de chirurgie, au congé de l'hôpital est bien comprise de la part de l'équipe qui travaille à différentes initiatives afin de diminuer les délais. Le service du bloc opératoire vit présentement une période de transition étant donné l'absence de deux questionnaires, mais les personnes en place assument un leadership évident à poursuivre l'agenda de qualité de l'organisation.

L'équipe du bloc opératoire est particulièrement fière des avancées avec le projet « annulation 0 », afin de diminuer les annulations de chirurgies. Les progrès sont mesurables et la collaboration interdisciplinaire présente est un facteur important de succès. Un changement récent dans le leadership médical de chirurgie et d'anesthésie partage cette volonté d'améliorer la performance.

L'équipe reçoit des rapports réguliers sur les temps d'attente des différents médecins, en particulier les cas qui dépassent 12 mois. Selon les documents consultés, ces cas représentent moins de 9% du volume. Par contre, 15% sont de ces cas en attente depuis plus de 2 ans. L'équipe est encouragée à mettre en place des mesures spécifiques afin d'améliorer cette situation.

Les installations actuelles sont désuètes au bloc opératoire et expliquent la non-conformité à certains critères, mais ceci devrait se corriger avec le projet « Grandir en Santé ». L'organisation est invitée à évaluer la pertinence de changer certaines tables qui ne rencontrent pas les standards actuels, avant le déménagement.

Au niveau de l'unité de chirurgie hospitalisée, il y a une plus grande stabilité au plan de la gestion, après une période difficile d'instabilité où l'unité avait vu plus de 11 questionnaires en quelques années. L'équipe est engagée dans l'agenda de transformation, ayant été désignée « laboratoire vivant » afin d'appliquer les meilleures pratiques avant même la transition aux nouvelles installations prévues en 2016. On y note l'émergence d'une belle culture axée sur les résultats, en ligne avec les meilleures pratiques de mesure, d'élaboration de cibles concrètes selon des objectifs mesurables. Une gestion visuelle avec l'affichage des résultats de différents indicateurs dans la salle de repos du personnel, ainsi que des initiatives d'amélioration de la qualité dans la salle KAIZEN sont remarquées. Des tableaux de bord sont disponibles. L'équipe est encouragée à se formuler des cibles bien précises sur des indicateurs prioritaires, et à faire rapport régulièrement aux membres de la progression vers l'atteinte des objectifs.

Le personnel rencontré était au courant des priorités d'amélioration et était engagé. L'équipe est encouragée à poursuivre cette démarche d'amélioration continue de la qualité. L'instauration du nouveau modèle de soins visant à créer une dyade entre infirmière et infirmière auxiliaire pour maximiser l'exercice est maintenant en place et est un autre changement significatif depuis la dernière visite d'agrément en lien avec le projet de transition « Grandir en santé ».

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

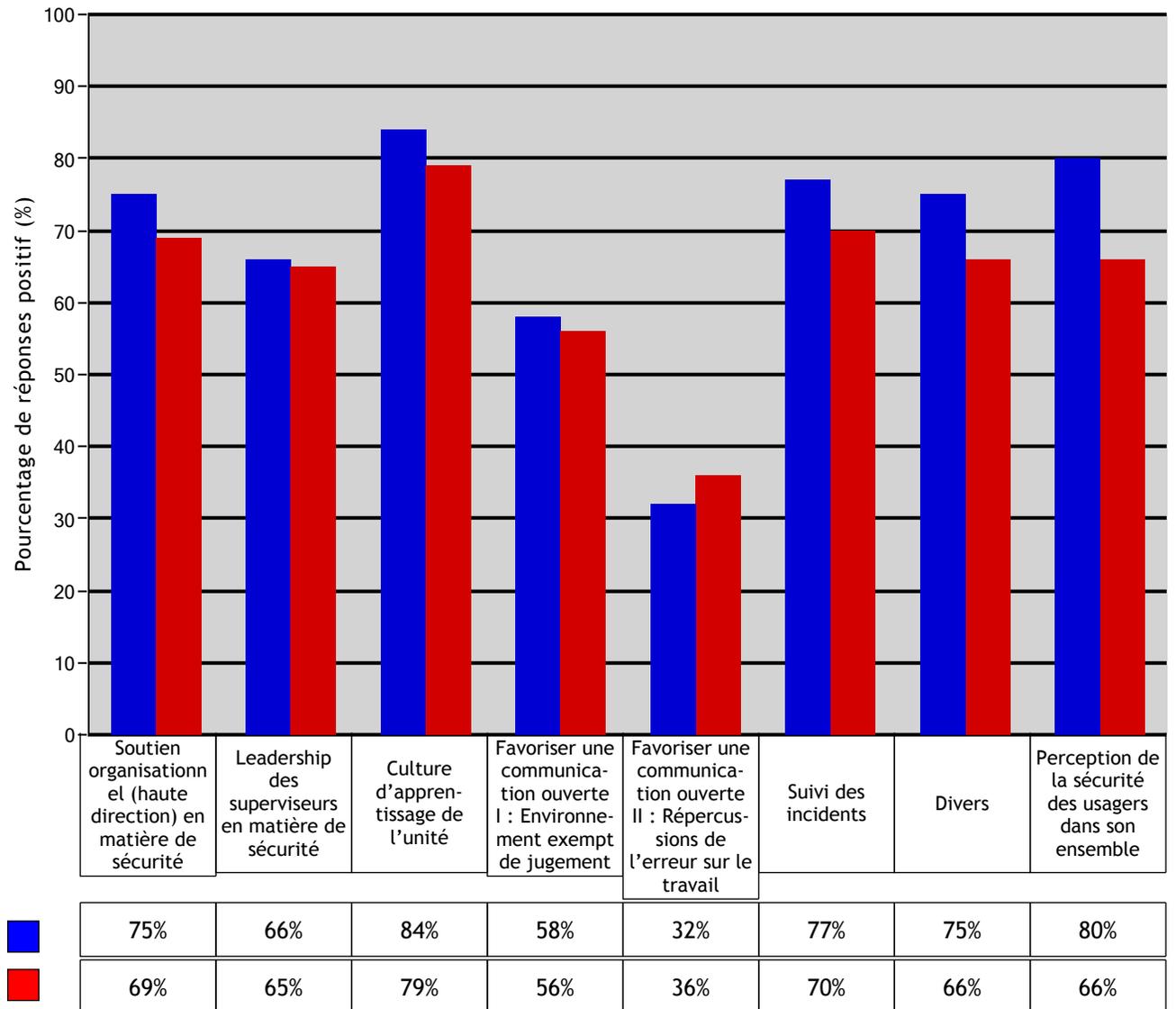
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 7 avril 2014 au 8 mai 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 325
- Nombre de réponses : 1865

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

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

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

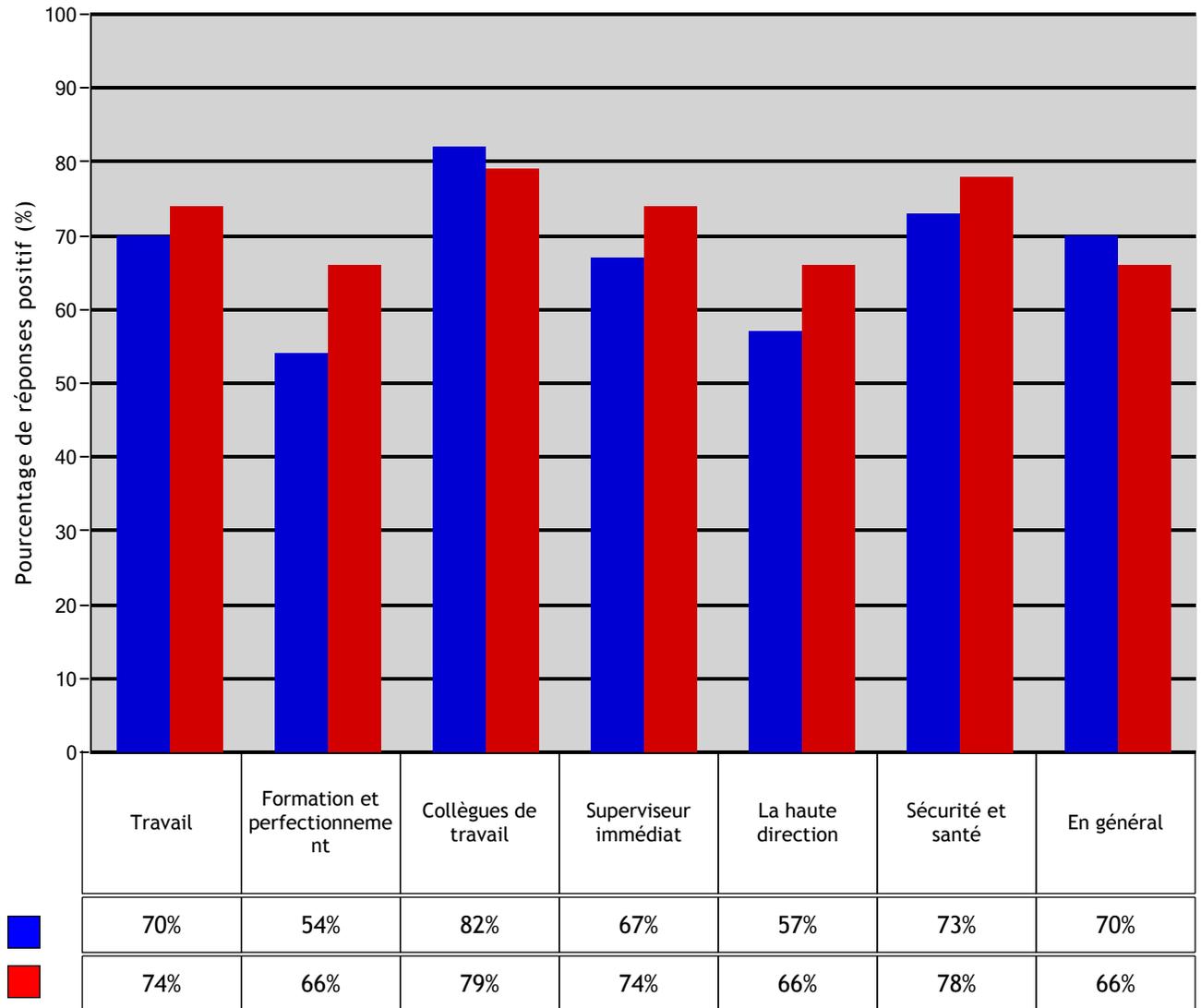
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- Période de collecte de données : 2 septembre 2014 au 29 septembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 350
- Nombre de réponses : 1105

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

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

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe A Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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

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