



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Montréal, QC

Séquence 1

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

Date de production du rapport : 14 juin 2019

Au sujet du rapport

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en mai 2019. Ce rapport 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 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 les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis.

Veillez 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 gestionnaire de programme.

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,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	18
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	22
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	23
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	24
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	25
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	25
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Recours à des tiers donneurs - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Secteur ou service	33
Commentaires de l'organisme	36
Annexe A - Programme Qmentum	37
Annexe B - Processus prioritaires	38

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 et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

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

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les 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. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

5. Procréation médicalement assistée (PMA) – Recours à des tiers donneurs - Normes sur l'excellence des services
6. Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Normes sur l'excellence des services
7. Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Normes sur l'excellence des services
8. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services

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.)	34	0	0	34
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	22	0	0	22
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	249	2	8	259
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	73	0	4	77
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	92	0	2	94
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	11	0	1	12
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	409	3	7	419
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	27	0	2	29
Total	917	5	24	946

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
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	31 (100,0%)	0 (0,0%)	5	79 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Leadership	49 (100,0%)	0 (0,0%)	1	92 (100,0%)	0 (0,0%)	4	141 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	69 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Gestion des médicaments	73 (97,3%)	2 (2,7%)	3	60 (98,4%)	1 (1,6%)	3	133 (97,8%)	3 (2,2%)	6
Procréation médicalement assistée (PMA) - Recours à des tiers donneurs	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	26 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Procréation médicalement assistée (PMA) - Services cliniques	61 (100,0%)	0 (0,0%)	0	122 (100,0%)	0 (0,0%)	1	183 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Procréation médicalement assistée (PMA) - Services de laboratoires	57 (98,3%)	1 (1,7%)	2	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0	127 (98,4%)	2 (1,6%)	2

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
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	128 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	424 (99,3%)	3 (0,7%)	8	470 (99,6%)	2 (0,4%)	15	894 (99,4%)	5 (0,6%)	23

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité 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			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Identification des usagers (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3

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 aux points de transition des soins (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
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 (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
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			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
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
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	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

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.

OBSERVATIONS DE L'ÉQUIPE DE VISITEURS

Un regroupement avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a été décrété en 2015 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, les représentants du CHU Sainte-Justine, appuyés par leurs partenaires stratégiques, ont fait en sorte que l'établissement se retrouve à nouveau autonome comme les quatre autres CHU du Québec. Ainsi, un nouveau conseil d'administration a été mis en place en septembre 2018 et une nouvelle présidente-directrice générale entrée en fonction en décembre 2018. Certains postes de directeurs se retrouvent également en affichage actuellement.

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

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

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

L'intégration de l'approche interdisciplinaire est digne de mention et se répercute en amont et en aval de la trajectoire de services.

Le service de prévention des infections s'investit avec les différents programmes et en recherche ainsi qu'avec l'équipe du Centre de coordination des appels régionaux (CCAR) pour la continuité des services.

La culture d'amélioration est bien présente dans les divers secteurs. La salle de pilotage sectoriel est bien implantée. Cet outil semble capitaliser l'engagement des employés et ainsi favoriser la rétention du personnel.

Il y a lieu de mentionner le bilan comparatif en oncologie et la prise en charge sur plusieurs mois de tous les médicaments en oncologie à la clinique externe afin de faire un suivi étroit de la pharmacothérapie. L'équipe participe aux comités provinciaux et au Centre de référence provincial.

Le centre de procréation assistée a développé des ententes avec trois sites satellites, Sherbrooke, Trois-Rivières, Chicoutimi, ce qui facilite l'accès à la fécondation in vitro à une plus large population.

Il y a lieu d'accentuer la collaboration avec les partenaires externes de la trajectoire de services, notamment en lien avec les dimensions psychosociales de soins et services.

Il devient primordial de développer le dossier patient informatisé afin de supporter adéquatement et sécuritairement la prestation des soins et le support à la trajectoire de services.

La gestion de la qualité et des risques (organisationnel et programmes-services)

Le conseil d'administration et l'équipe de direction accordent une place primordiale à l'amélioration continue de la qualité et à la prestation sécuritaire des soins.

Il existe une culture d'amélioration continue, de mesure et de suivi des résultats. Elle est bien présente dans les divers secteurs visités. Les salles de pilotage sectoriel sont bien implantées.

Le processus de déclaration et de gestion des incidents est efficace et les équipes utilisent l'information pour mettre en place les initiatives d'amélioration qui en découle. Plusieurs outils de communication sont utilisés pour favoriser la diffusion des résultats des activités d'amélioration.

Le processus de déclaration et de surveillance des maladies nosocomiales est en place et permet d'en assurer un suivi efficace.

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

La création d'un Bureau des Partenariats patient-famille-soignant témoigne de l'importance accordée à la participation des patients et de multiples réalisations en découle. Les visiteurs ont pu constater que cette participation s'actualise à tous les niveaux de la prestation des soins et services.

La collaboration avec le Comité des usagers et les patients-partenaires est saine et productive. Diverses occasions d'impliquer le patient partenaire ont été notées, notamment en recherche, lors de rétroaction sur les protocoles de soins, comme parent-ressource, etc.

De l'information et de l'enseignement sur la prévention des infections sont communiqués aux patients et familles au besoin. Une patiente-partenaire-soignante siège au comité d'intervention d'hygiène des mains.

Beaucoup d'informations sur les médicaments sont fournies aux patients et familles.

Les patients sont impliqués dans les travaux de construction et de réaménagement des installations.

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

L'ensemble des critères de conformité des POR ont été mis en place et toutes les POR ont été rencontrées.

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.

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

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.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

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

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

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

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

Les politiques et les mécanismes de fonctionnement du conseil d'administration sont tous en place, incluant la déclaration d'engagement, les conflits d'intérêts et le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil. La structure du système de santé du Québec fait en sorte que c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui nomme le PDG, qui définit ses objectifs de rendement et assure son évaluation, en collaboration avec le conseil d'administration. Ainsi, certains critères du processus d'agrément sont sans objet.

Les membres du nouveau conseil d'administration ont bénéficié de plusieurs formations axées sur la reconnaissance des lieux et sur leurs rôles à l'intérieur d'une saine gouvernance. Des sous-comités supportent les travaux du conseil et un comité sur la qualité et la sécurité des soins est en place, incluant le suivi des mécanismes de gestion des plaintes et des événements indésirables.

La planification et les objectifs stratégiques sont élaborés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, mais la direction et le conseil d'administration sont à compléter une démarche visant à personnaliser la planification stratégique 2020-2025, la mission et la vision, de même que les objectifs stratégiques à la couleur « Mère-Enfant ». Des démarches de consultations sont prévues à l'interne et auprès des partenaires stratégiques et de ceux qui sont impliqués dans les différentes trajectoires de services. Un plan opérationnel en découlera avec les actions qui se déclineront au niveau de chaque équipe.

Lors de la rencontre des membres du conseil d'administration, ces derniers ont témoigné activement de l'importance qu'ils accordent au suivi de la qualité des services, de la prestation sécuritaire des soins et de la performance clinique impliquant une participation continue des patients et de leur entourage.

Toutes les dimensions de la planification, de la gestion et du développement des ressources humaines font également partie des grands objectifs du conseil d'administration. Les membres sont bien au fait des stratégies en place et des défis à relever, notamment au niveau de la rétention du personnel de certains titres d'emploi. La reconnaissance représente un élément important pour les membres dans la gestion des ressources humaines.

Les partenariats externes sont au cœur de la stratégie de l'établissement. En raison de sa surspécialisation et des expertises qu'il a su développer, l'établissement est sollicité par ses partenaires de la trajectoire de services pour les supporter et il peut en même temps les faire bénéficier des approches novatrices qu'il a développées.

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

Un plan de communication est en place et couvre les communications internes et les communications externes. Les rôles et les divers moyens et médias utilisés y sont définis. La politique est en voie d'être mise à jour.

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)

L'apport et la participation des patients et des familles s'inscrivent pleinement dans la vision et les principes directeurs de l'établissement. D'ailleurs, au cours des deux dernières années, un bureau des partenariats patients-familles-soignants a été mis en place et est dirigé par une patiente-partenaire. Plusieurs projets ont été déployés en lien avec les équipes sur le terrain, dans une relation bidirectionnelle.

À titre d'exemple, des projets en partenariat sur la Bienveillance au travail, le projet Tous des soignants, le projet sur la gestion des risques associés aux médicaments, ou encore la participation à des événements de sensibilisation ou des étapes d'organisation de services.

Dans les faits, la mission est dictée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. La planification stratégique des établissements régionaux et des CHU est aussi élaborée par le Ministère. Le CHU Sainte-Justine y ajoute néanmoins la couleur particulière et les éléments de vision particuliers à un Centre mère-enfant. L'établissement met en place son plan opérationnel et les activités qui en découlent et en assure le suivi à l'aide d'un tableau de bord adapté pour les divers niveaux de l'organisation. D'ailleurs, une salle de pilotage permet de suivre les indicateurs retenus.

Avec toutes les grandes transformations que le CHU Sainte-Justine a connues au cours des dernières années, tant du point de vue de l'infrastructure et de l'organisation que du point de vue clinique, la gestion du changement est devenue un fer de lance dans la stratégie de mobilisation de l'ensemble des intervenants de l'établissement et des agents de changement ont été mis en place dans la foulée d'une direction de la transition qui avait été initiée il y a quelques années. Tournée vers le futur et axée sur l'innovation, la direction considère que la gestion du changement est devenue un réflexe et constitue la première préoccupation dans la gestion des objectifs et des divers projets.

Les risques réels et potentiels sont bien identifiés et un Top Ten a été priorisé et fait partie d'un suivi rigoureux, notamment via la salle de pilotage et les structures appropriées.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Au cours des deux dernières années, l'établissement a mis en place une planification basée sur la méthode d'un budget base zéro, entraînant la formation des directeurs, des gestionnaires et des membres d'équipes. Le balisage avec d'autres unités de fonctionnement comparables a également permis d'identifier les secteurs où la revue d'utilisation des ressources a entraîné une amélioration significative de la performance.

Certaines décisions dans l'attribution des budgets ont fait l'objet d'une consultation auprès de la structure d'éthique organisationnelle pour guider les choix des priorités.

Les rapports budgétaires périodiques permettent de suivre l'évolution de l'offre et de la demande de services et d'effectuer une analyse fine des écarts notés, avec les correctifs appropriés s'il y a lieu, notamment en fonction de la variation de la demande de services.

Le conseil d'administration approuve les budgets d'opération et d'immobilisation et en assure le suivi régulier lors de ses séances régulières.

L'établissement a régularisé l'obtention des budgets requis pour assurer le fonctionnement des nouvelles installations au cours des derniers mois, ce qui lui a permis de clôturer l'année 2018-2019 au 31 mars 2019 en équilibre budgétaire.

Une méthode d'évaluation de la charge de travail basée sur la criticité/complexité des cas (QUANTIS) a été mise en place en néonatalogie pour évaluer la charge de travail en lien avec la planification des ressources.

Au niveau des immobilisations, plusieurs projets majeurs ont été réalisés au cours des dernières années, à l'intérieur des prévisions budgétaires établies.

En ce qui concerne les ressources informationnelles, les systèmes administratifs sont informatisés. Au niveau clinique l'établissement et les autres établissements de la région de Montréal se sont regroupés pour rechercher un fournisseur unique pour supporter le développement de leur dossier patient informatisé. La démarche en est au stade de la planification et l'établissement compose actuellement avec des parties d'un dossier patient informatisé à partir de fournisseurs différents. À ce stade-ci, il n'existe que des parties du dossier patient qui soient informatisées et le défi réside en plus dans leur absence d'interconnectivité. Le formulaire d'administration des médicaments (FADM) est informatisé et le prescripteur électronique est en voie d'implantation.

Le financement à l'activité a été introduit récemment par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'établissement a été ciblé pour les salles d'opération et en imagerie médicale.

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)

La direction des ressources humaines est résolument orientée vers la promotion d'un milieu de travail sain, la planification et la rétention de la main-d'œuvre, la conciliation travail-famille et la gestion du changement en partenariat avec les autres directions. La dimension promotion et prévention est intégrée dans la direction avec l'objectif de supporter le personnel dans sa dimension santé/bien-être.

Plusieurs activités sont déployées pour l'attraction du nouveau personnel et plusieurs activités de reconnaissance se déroulent en cours d'année pour mettre en évidence divers niveaux de contribution dans l'organisme. Le processus d'entrevue, d'embauche et d'orientation générale est bien structuré. Des aménagements ont été faits pour faciliter la rétention, tels les quarts de 12 heures disponibles et l'obtention d'un poste stable dès la première année d'embauche.

L'établissement peut se féliciter de ne recourir au temps supplémentaire obligatoire que de façon très exceptionnelle et de maintenir un taux d'absentéisme et d'assurance-maladie sous contrôle. Les entrevues de départ sont réalisées systématiquement, et le fait que plusieurs départs chez les jeunes recrues sont associés à des changements dans leur vie familiale, les données démontrent que 50 % d'entre elles reviendraient travailler au CHU Sainte-Justine.

Au niveau de la gestion clinique qui s'effectue en mode cogestion professionnelle et médicale, le modèle a évolué au fil des années et au cours des récentes années. Une École de gestion (2013) a été mise en place pour développer les compétences des médecins en gestion et les amener à jouer un rôle actif et décisionnel dans les orientations et la gestion des activités cliniques. Une programmation annuelle est mise en place.

Aux soins infirmiers, une orientation spécifique est modulée selon le service concerné; l'orientation et l'évaluation se font en fonction de 7 compétences recherchées ou à acquérir durant la période d'orientation. Des modules d'intégration viennent s'ajouter et le tout est complété par un examen formatif et un sondage après les 3 premiers mois. Un jumelage, dont la durée varie selon le degré de spécialisation et de complexité des soins du milieu d'affectation, est aussi mis en place. En plus d'être impliquée dans un axe de recherche au Centre de recherche, la direction des soins infirmiers fait la promotion de la recherche clinique sur le terrain, en supportant de très nombreux projets autour de questions cliniques soulevées dans le processus d'amélioration continue, ce qui crée une façon très efficace d'introduire ou de se tenir à jour sur les meilleures pratiques.

Bien que le Sondage PULSE n'ait pas été programmé par Agrément Canada pour la présente visite, la direction des ressources humaines a en main un sondage réalisé il y a plus de deux ans et les éléments qui

demandaient une attention particulière ont été pris en considération, notamment l'accueil pour les agents administratifs, la standardisation de l'information véhiculée et le statut de l'examen après la période spécifique d'orientation.

Les domaines les plus fragiles actuellement touchent les secteurs de la salle d'opération, de l'angiographie, des soins critiques, de l'imagerie médicale et des agents administratifs.

Au niveau de la vaccination anti-influenza, le taux de vaccination de la dernière année n'atteignait que 30 % du personnel. Des stratégies sont en cours d'élaboration, tenant compte notamment de l'importance que l'établissement accorde à la promotion et à la prévention.

La formation continue, le perfectionnement et le développement des compétences, incluant les plans de relève des gestionnaires, sont supportés de façon très importante et le personnel rencontré en témoigne largement. D'ailleurs, plusieurs activités majeures sont tenues à l'interne et sont ouvertes aux autres établissements.

Les politiques sur la santé-sécurité au travail sont en place et couvrent les champs de la bienveillance, du harcèlement, de la violence au travail et du processus pour traiter une plainte provenant du personnel.

Les dossiers des employés sont centralisés et sur une base informatisée depuis 2017 et toutes les parties antérieures ont été numérisés. On y retrouve autant la vérification des antécédents judiciaires que l'engagement à prodiguer des soins basés sur la prestation sécuritaire des soins.

L'organisation du Service des Bénévoles est très bien structurée et compte sur une moyenne de 350 bénévoles qui œuvrent dans les dimensions de support émotif, d'accompagnement clinique, d'accompagnement général ou encore lors d'évènements publics.

Des représentantes du personnel ont été rencontrées et témoignent d'un milieu attractif, d'un processus d'embauche bien structuré, d'une orientation et d'un préceptorat très aidants et d'un climat de travail stimulant.

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)

La direction de la gestion de la qualité et des risques est reconnue et appréciée de façon transversale dans l'organisation. Une grande fierté est ressentie pour la mise en place de leur modèle intégré de la qualité et de l'amélioration (MIQA).

Des ressources sont allouées afin d'assurer la réussite des divers plans d'amélioration de la qualité et des plans de sécurité des patients. Plusieurs outils et méthodologies sont offerts aux secteurs tout en laissant une latitude pour l'innovation.

La refonte de la gestion intégrée des risques apporte une nouvelle vision et intégration de partenaires essentiels à une évaluation organisationnelle des risques. Ce travail a permis à l'équipe de proposer un top 10 des risques à l'équipe de direction.

La pratique organisationnelle sur le plan de sécurité des patients rencontre tous les tests de conformité.

Au niveau de la gestion des incidents, le formulaire papier est encore utilisé. Plusieurs suivis systémiques sont mis en œuvre quand un événement survient. Lors d'une divulgation, celle-ci est faite avec au moins deux personnes et la documentation est inscrite dans le dossier du patient. Une analyse trimestrielle est effectuée et communiquée au Conseil d'Administration. Les tendances sont observées et un plan d'action est rédigé pour diminuer ou enrayer la répétition des événements.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au congé du patient est une priorité organisationnelle. L'organisation rencontre les différents tests de conformité pour cette pratique organisationnelle requise.

L'équipe mène différentes approches d'amélioration et ils ont procédé à une analyse prospective liée à la sécurité des patients dans la dernière année. La culture de sécurité est présente et plusieurs projets d'amélioration sont simultanément en cours.

La commissaire aux plaintes est très présente dans les secteurs afin d'appuyer les équipes dans la gestion des insatisfactions le plus rapidement possible et d'éviter l'escalade à une plainte officielle.

Un sondage de satisfaction papier existe et il est disponible dans le dossier lors de l'admission. Il serait peut-être pertinent d'acquiescer un sondage sur l'expérience patient où la famille (patient) aurait la possibilité de le compléter suivant le congé et en ligne.

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)

Depuis la dernière visite, il y a eu un travail colossal de consultations avec les familles, les employés de soutien et le personnel soignant qui a été mis en place afin de développer un cadre d'éthique organisationnel. Le but étant de créer un document qui parle à tous les intervenants. Il en a découlé un cadre de valeurs éthiques bien articulés et alignés avec l'éthique clinique et l'éthique de recherche. Les trois programmes d'éthique sont supportés par la haute direction. Le cadre d'éthique organisationnel est en mode rodage sous la forme de projets pilotes. Le défi est de continuer la mise en application dans tous les secteurs et de trouver des méthodes pour en évaluer les succès.

Le programme d'éthique clinique est connu par les intervenants et est consulté régulièrement. Plusieurs indicateurs sont recueillis afin de cibler de la formation pour répondre au besoin d'éthique clinique des équipes. Le but est de développer avec les équipes une approche proactive pour prévenir ou gérer rapidement les questions d'éthique cliniques. Les consultations sont faites dans un contexte d'interdisciplinarité avec des rapports écrits validés à l'interne par un membre du comité d'éthique clinique. Les rapports de consultation sont toujours partagés avec les soignants et la famille. Ceci illustre bien l'implication des familles dans le processus. Une considération, est de créer des indicateurs de satisfaction sur le processus de consultations afin de mieux cibler de pistes d'améliorations.

Le processus d'éthique de la recherche est bien structuré selon les normes provinciales et nationales. L'harmonisation des politiques au niveau régional représente une réalisation remarquable. Le comité est responsable de la bonne conduite de la recherche au sein de l'institution. Bien que les chercheurs doivent lors du processus de renouvellement du certificat d'éthique acquiescer de la bonne conduite de la recherche. Une autodéclaration par le chercheur peut comporter des risques de biais. Un processus pour partager, avec le comité d'éthique, les audits de conformité faits par l'institut de recherche qui ont un impact important sur la qualité de la recherche, soit mis en place, et ce sans enliser le comité dans un processus administratif sans valeur ajoutée.

Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes 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)

La direction a un plan de communication harmonisé avec les grands objectifs de l'établissement; c.-à-d. promotion des soins et services, valorisation et mobilisation du personnel et circulation de l'information. Bien que le conseil d'administration ait été nouvellement établi, le groupe de la communication a initié une consultation avec le conseil pour la mise à jour du plan de communication. L'équipe de communication assiste régulièrement et avec succès les cliniciens dans la rédaction des soumissions de prix. C'est une façon de valoriser les employés.

L'équipe a développé plusieurs outils de communication interne pour répondre aux besoins des différents intervenants. Afin de s'assurer que les objectifs sont atteints, plusieurs indicateurs de processus ont été développés et sont suivis régulièrement. Ceci permet de modifier les méthodes de communication si requise.

La gestion du suivi des indicateurs de communication externe est surveillée étroitement. Cela permet de peindre une image détaillée de la perception du public des différents enjeux discutés dans les médias et les réseaux sociaux.

La direction a de bonnes relations avec les médias traditionnels. Malgré tout, la direction a développé une stratégie de communication proactive. Le but étant qu'environ 50 % des reportages dans les médias traditionnels soient initiés par l'hôpital. Le but est de promouvoir l'expertise des équipes soignantes et d'informer le public sur des sujets d'actualités. Cet objectif est sur le point d'être atteint.

L'équipe a développé une méthode pour impliquer régulièrement les familles ou les patients dans les projets majeurs de communication.

Il existe des réseaux de communication clinique entre les différents centres qui réfèrent des patients et les cliniciens du CHU Sainte-Justine. Le CHU Sainte-Justine étant un centre spécialisé tertiaire et quaternaire, il est essentiel de conserver et de promouvoir ces corridors de communication. Cartographier ces réseaux sans les contrôler permettrait d'avoir une meilleure compréhension de l'ampleur et de l'impact des expertises des différentes spécialités.

Il est suggéré de prendre le temps de mettre à jour certaines politiques telles que : Procédures reliées à la prise de photographie pour des fins autres que sociojuridiques, octobre 1994; Procédures reliées à la prise de photographie et à l'enregistrement vidéo d'un bénéficiaire;(pas de date); Production et diffusion de documents d'information destinés à la clientèle, mai 2006; et Visites d'écoliers et autres visiteurs, octobre 1991.

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)

Depuis la dernière visite d'agrément, l'établissement a pris possession de nouveaux locaux neufs et modernes. Ceci a eu un impact majeur sur les équipes de maintenance. Les équipes se sont bien adaptées et ont appris à gérer des systèmes de pointe tout en maintenant opérationnels les anciens systèmes. Il est important de noter que le travail de fond fait pour la construction et la mise en opération du nouveau bâtiment a permis d'obtenir la certification LEED-OR.

Il existe de nombreuses redondances et de systèmes d'alerte monitoré pour les systèmes essentiels afin de garantir le maintien des soins aux patients.

Les équipes sont maintenant dans la phase 2 de Grandir en santé. C'est la phase de réaffectation d'anciens espaces. Cette phase de modernisation représente des défis importants, car ils doivent maintenir les soins aux patients dans de nombreuses zones de construction. Malgré les difficultés attendues, ils exercent un contrôle étroit sur les différents chantiers.

Par principe, les familles sont consultées lors de réaménagement de nouveaux espaces.

L'équipe a mis en place différents outils modernes pour garantir l'efficacité de ses services, notamment une application téléphonique pour les employés leur permettant de signaler les réparations à effectuer. L'équipe utilise un système de code à barres pour identifier les pièces. Ce système, en utilisation avec le programme informatisé, permet un suivi étroit de la charge de travail de l'entretien ménager. Ce système permet de savoir, en temps réel, l'état de nettoyage des pièces. Ceci optimise le flux des patients. Il y a une étroite collaboration entre l'entretien ménager et l'équipe de contrôle des infections.

Les nombreuses rénovations représentent des défis majeurs pour s'assurer la sécurité du personnel, le contrôle adéquat des infections, une signalisation adéquate et la propreté des lieux. Pour relever ces défis, l'équipe travaille étroitement avec les différents services. Le service de communication est intégré dans les plans de rénovation pour garder la signalisation à jour et tenir informés les employés et les visiteurs.

Il faudra trouver une façon de gérer les alertes afin que celles-ci soient toujours pertinentes.

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)

Le Plan des mesures d'urgence est bien structuré et à jour. Un programme de formation générale a été élaboré pour l'ensemble du personnel (couverture de près de 65 %) et l'accent a été mis sur la formation des agents surveillants (agents de sécurité qui font partie du personnel régulier) par exemple comme équipe d'intervention, support aux exercices et simulations, gestion de crise, etc. Les méthodes de formation varient (séances en salle, capsules vidéo et cyber apprentissage).

Comme les exercices d'évacuation et de simulation sont très exigeants et ne peuvent être facilement généralisés, l'équipe a mis en place une méthode « d'exercice de table », où les principaux intervenants qui seraient impliqués dans un exercice d'évacuation sont conviés autour d'une table, avec une cartographie des lieux, et avec des cartes qu'ils viennent poser sur « l'échiquier » au moment opportun et selon la séquence prévue au plan des mesures d'urgence. Par la suite, une analyse post événement est complétée et les réajustements sont faits et communiqués. Cette méthode permet de mieux impliquer et préparer les principaux intervenants à la survenue d'un sinistre.

Les dernières années ont connu un plan de développement des infrastructures « Grandir en santé » de l'ordre de plus de 70 M\$, ce qui a entraîné une planification adaptée des mesures d'urgence, autant en lien avec les services internes dont le secteur de la prévention et du contrôle des infections qu'avec les intervenants de la Ville de Montréal (incendie, gaz, etc.), les responsables régionaux et la Sécurité publique au niveau provincial.

L'équipe est invitée à inclure le risque de pandémie à l'intérieur de son plan intégré de préparation en vue de situations d'urgence, même si le déploiement du plan d'action qui découle d'une pandémie sollicite lui-même son propre plan d'intervention avec d'autres actions et d'autres ressources.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

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

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

Le Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine implique le partenariat avec les patients et les familles depuis plusieurs années. Différentes initiatives ont été accomplies avec la collaboration et la participation des familles et des patients. Voyant l'ampleur et la richesse de cette collaboration, l'établissement a été en mesure de présenter dans les derniers mois un projet concret de partenariat avec les patients-familles et soignants.

La collaboration avec les patients partenaires et le Comité des usagers méritent des félicitations. Les deux entités partagent un but commun, c'est-à-dire, enrichir et rendre moins difficile pour les enfants et leurs familles le passage dans l'établissement. L'humanisation des soins est au cœur de leurs objectifs.

Les patients partenaires ont aussi été impliqués dans le grand projet de Grandir en santé et la conception des nouveaux locaux. Le secteur des soins néonataux se démarque par sa collaboration avec les patients partenaires pour les séances de formation données par des patients partenaires aux nouveaux parents.

On compte parmi le Comité des usagers un jeune patient qui s'investit également comme patient partenaire et qui porte comme mantra : Sainte-Justine a forgé celui que je suis devenu alors je veux donner de mon temps pour les remercier. On compte parmi les grands vœux du Comité des usagers la création d'une salle de jeux * L'Espace du temps perdu* qui faciliterait l'attente des enfants dans les différentes cliniques ambulatoires.

La poursuite des initiatives avec les patients partenaires est encouragée dans les différents comités, initiatives d'amélioration et plus. Il pourrait être opportun en ce moment d'acquiescer une ressource dédiée pour la création officielle d'un bureau de patients partenaires.

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)

L'équipe de retraitement et stérilisation peut compter sur un chef de service et d'une agente des opérations (qualité) dévoués et près des employés. L'équipe est fière de travailler dans de beaux, propres et grands espaces ce qui permet d'investir dans des services de qualité. Les meilleures pratiques dans le domaine sont mises en place grâce à l'appui des dirigeants et le leadership du chef de service.

Les employés jouissent d'opportunités de formation continue. Le souci du détail est préconisé afin de faciliter le travail, par exemple, des vidéos des fabricants sur les spécifications de nettoyage sont disponibles via vidéos préenregistrés à chacune des stations de travail. Pour favoriser la participation active des employés, une station visuelle avec des indicateurs de qualité et de performance est affichée et discutée.

L'objectif principal de l'équipe est de fournir l'excellence dans le service et ceci est palpable dans les différentes aires du secteur. On a pu observer une rigueur dans les différents processus qui assurent une conformité aux multiples standards des procédures opératoires normalisées et aux directives des fabricants.

L'implication du chef de service dans divers comités interdisciplinaires assure des liens avec les différents services permettant ainsi de faire front commun sur des préoccupations communes, le plan d'amélioration continue, la sécurité des patients et également d'échanger sur les meilleures pratiques.

La pratique organisationnelle sur l'entretien préventif est bien en place et un processus bien structuré et détaillé est disponible en ligne (Intranet) et sur papier.

On observe des contrôles de qualité et des cycles de stérilisation selon un horaire établi afin d'assurer des services de retraitement et d'emballage conformes. Des preuves de résultats sont gardées. De plus, un plan d'amélioration est en place afin de poursuivre la modernisation et la qualité des services (Géolocalisation).

On encourage l'équipe à poursuivre son chemin vers l'excellence de son service, l'implication dans les comités régionaux et l'achat d'équipements modernes pour remplacer certains qui sont ou seront bientôt en fin de vie.

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 :

Leadership 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

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

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.

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.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
7.1 Le type d'alertes incluses dans le CPOE doit comprendre au moins ce qui suit : les alertes sur l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

7.6 Le CPOE est intégré à d'autres systèmes d'information utilisés pour la gestion des médicaments.



11.5 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Les locaux de la pharmacie sont désuets et exigus. Les travaux de construction de la nouvelle pharmacie ont débuté avec un déménagement prévu en 2020. La nouvelle pharmacie permettra d'optimiser les processus de préparation des médicaments.

Plusieurs améliorations ont été mises en place depuis la dernière visite. Une culture d'amélioration de la qualité et d'innovation en utilisant les ressources disponibles est présente dans toutes les unités visitées. La pharmacie est à la tête de plusieurs innovations tant à l'interne que dans les comités régionaux et provinciaux. Plusieurs bonnes pratiques sont mises en place et monitorées et testées régulièrement par le département en collaboration étroite avec les intervenants du milieu dans un contexte d'interdisciplinarité. Le monitoring monitoring se fait sous la forme d'audits, du suivi des indicateurs ou même de projets de recherche en pratique pharmaceutique. Le succès processus du Bilan comparatif des médicaments à l'admission est un bon exemple de collaboration interdisciplinaire. La prochaine étape majeure, pour rendre plus sécuritaire le circuit du médicament, est de mettre en place le code-barres au chevet des patients.

L'équipe de gestion des médicaments a trouvé des façons originales de rendre les apprentissages sur les POR reliées aux médicaments plus intéressants en créant la chambre des erreurs et le jeu d'évasion. Les distributeurs automatiques sont dotés d'un système de profilage. Un point à considérer, afin d'améliorer le circuit du médicament, est de faire un suivi plus étroit des médicaments sortis des cabinets en mode «override» pour s'assurer que les 8 bons (8 rights) sont validés. Un processus automatisé serait souhaitable dans le cadre de l'implantation d'un prescripteur électronique.

La mise en œuvre du prescripteur électronique est en mode de projet pilote en psychiatrie et en pédiatrie. Les alertes du prescripteur électronique de Gespharx Lite (pilote en psychiatrie-pédiatrie) sont activées et elles sont identiques au dossier pharmacologique informatisé (Gespharx) alors qu'il y a aucune alerte fonctionnelle et activée dans ICCA aux soins intensifs pédiatriques. Les soins intensifs ont un prescripteur électronique qui n'est plus supporté par le fournisseur. Les alertes ne sont pas activées ni mises à jour dans ce logiciel. Nous encourageons l'organisme à compléter le processus de consultation pour la gestion des alertes et de continuer le déploiement du prescripteur électronique dans tous les services.

Le programme de gérance des antimicrobiens est mature et permet de bien monitorer l'utilisation des antimicrobiens au sein de l'établissement. La prochaine étape est de trouver des établissements comparateurs afin de mieux évaluer si l'impact du programme est aussi performant que dans d'autres milieux semblables.

Le processus de mise à jour des pompes intelligentes a été récemment mis en place. Ce processus permet d'ajouter de nouveaux médicaments dans la bibliothèque régulièrement. Cependant, il n'est pas possible d'évaluer si les limites incontournables et les limites contournables sont respectées par les utilisateurs. Il serait préférable de pouvoir régulièrement obtenir les données emmagasinées dans les pompes pour évaluer si des changements à la bibliothèque sont nécessaires ou si la bonne utilisation des pompes est respectée.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
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 : Prévention des infections

D'entrée de jeu, l'équipe de prévention des infections est dirigée par un chef qui détient plus de 20 ans d'expérience avec l'appui inestimable d'un médecin expérimenté et compétent.

L'équipe de prévention des infections est grandement félicitée pour son appui dans tous les secteurs de l'organisation et son implication dans tous les projets de construction. L'équipe est quotidiennement présente dans les secteurs afin d'assurer des visites individuelles aux patients et familles pour enseigner les consignes essentielles à un environnement exempt d'infection.

Des comités interdisciplinaires sont en place afin de permettre une continuité et une surveillance active dans l'amélioration continue du programme de prévention des infections. On a également noté que le travail d'équipe est très présent et efficace dans certaines situations urgentes.

Un tableau de bord exhaustif d'indicateurs permet de s'assurer que les mesures de mitigation des risques sont efficaces et d'y apporter au besoin des améliorations. Les comités s'assurent également de mettre en place des objectifs annuels afin d'assurer la sécurité des patients, familles et soignants. Les indicateurs de performance sont communiqués aux secteurs et affichés sur les stations visuelles. Notons qu'un logiciel a été acquis dernièrement afin de favoriser le suivi des données infectieuses.

Des formations mensuelles sont offertes sur les mesures de prévention, les exigences en santé et sécurité au travail, les cloisons, etc. pour tous les travailleurs de la construction qui viennent œuvrer au sein du CHU Sainte-Justine.

Un sentiment de grande fierté d'accomplissement est ressenti pour avoir instauré une culture organisationnelle de prévention des infections. Notons également que l'équipe s'investit dans la recherche, l'accueil de stagiaire en soins infirmiers, médecine. Les membres participent en tant que conférencier au niveau provincial et national.

Pour conclure, on encourage de poursuivre les différentes initiatives afin d'améliorer la conformité à l'hygiène et au taux de vaccination antigrippale. L'équipe pourrait également bénéficier de reconduire le groupe de travail sur la gestion des maladies infectieuses émergentes.

Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Recours à des tiers donneurs - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>Aucun donneur n'est recruté par le centre de procréation assistée. Les patients eux-mêmes sont responsables de commander leurs propres gamètes par les compagnies disponibles au Canada ou de se trouver une donneuse d'ovules. Dans tous ces cas où des gamètes de tiers donneur sont utilisés, toutes les normes d'agrément sont respectées.</p>	

Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership 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 : Leadership clinique	

Les services cliniques sont cogérés par un directeur médical et un chef d'unité de soins. L'équipe est petite et stable depuis quelques années ce qui favorise la compétence et les échanges. Le centre a fait des ententes avec trois centres satellites, Sherbrooke, Trois-Rivières et Chicoutimi, ce qui facilite l'accès à la fécondation in vitro à une plus large population. Les échanges avec les centres satellites sont bien établis et se font de manière transparente. Les volumes d'activités en fécondation in vitro et en insémination intra-utérine ont varié depuis 2015 avec les changements du financement provincial. Le centre a su s'adapter à ces changements et surveille bien ces variations de volumes. Il y a beaucoup d'information sur le site web du centre. C'est un mode de communication efficace entre le centre et sa clientèle. Le centre a publié un guide en infertilité en novembre 2018 ce qui fait preuve de leur engagement dans la formation sur la fertilité et l'infertilité. Un symposium est aussi planifié pour 2019 sur l'endométriase.

Processus prioritaire : Compétences

Les médecins œuvrant au centre de procréation assistée ont une formation avancée en fertilité. Les résidents en obstétrique et gynécologie font un stage au centre ce qui favorise le recrutement futur dans cette sous-spécialisation. Une orientation générale complète est proposée aux nouveaux employés du centre par l'intermédiaire du service des ressources humaines de l'hôpital. Elle comprend des modules sur l'éthique, la violence au travail, la santé et la sécurité, la confidentialité, la divulgation des informations. En plus, un programme de formation qui répond aux besoins spécifiques des infirmières œuvrant au centre de procréation assistée est en place, afin d'assurer une prestation de services de haute qualité. L'infirmière joue un rôle important dans l'enseignement des techniques de soin lors des rencontres avec la clientèle. La formation continue est supportée par des rencontres régulières au sein du centre, où des cas spécifiques, des études potentielles et des nouvelles études publiées dans les journaux médicaux, sont discutés. Les employées ont aussi accès à des journées éducatives par les compagnies pharmaceutiques ou des webinaires organisés par la société de fertilité et d'andrologie canadienne.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le centre a développé une série de documents pour soutenir les patients avant, pendant et après leurs interventions cliniques au centre de procréation assistée. La documentation est extensive et inclut des aide-mémoire remis aux patients durant leur cheminement clinique. Cette documentation est aussi disponible sur le site web du centre et est revue par les infirmières à tous les points de contact avec le patient. La documentation inclut les risques associés aux interventions cliniques, aux médicaments et aux coûts des services. Les patients sont bien soutenus par les médecins, les embryologues, les infirmières et le personnel administratif du centre et des centres satellites pendant leur cheminement clinique. Les protocoles cliniques sont standardisés, ce qui favorise l'excellence des résultats cliniques. Les services d'une psychologue et d'une pharmacienne sont offerts aux patients qui le désirent. Le centre est bien supporté par l'hôpital pour la maintenance de leur espace et de l'équipement clinique ainsi que pour leurs fournitures cliniques et les services de retraitement.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier papier est tenu pour chaque patient par le centre de procréation assistée. L'information recueillie dans ce dossier, qui inclut les consentements pour toutes les interventions cliniques ainsi que sur les gamètes et embryons, est transférée éventuellement aux archives de l'hôpital, qui est responsable de numériser les feuilles de travail, les notes et les consentements dans le dossier électronique officiel du patient. Ce dossier électronique est accessible à l'équipe du centre et contient d'autres informations essentielles à la bonne gestion du patient. Le centre est encouragé à revoir la documentation pour s'assurer que l'information est accessible en temps opportun, en particulier les consentements associés aux procédures de laboratoire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les patients reçoivent de l'information sur leur traitement et sur les effets indésirables. Ils savent où appeler, s'il y a une complication ou pour clarifier les informations reçues. Le conseil médical se réunit de façon régulière pour revoir les résultats des traitements et les possibilités d'amélioration. Les résultats des inséminations intra-utérines et des procédures de fécondation in vitro sont maintenus dans une base de données pour favoriser l'évaluation continue et l'analyse plus détaillée. Les résultats sont aussi rapportés dans le registre national CARTR. Le centre utilise le système de l'hôpital pour signaler et revoir les incidents.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La pharmacothérapie recommandée et les ordonnances du médecin sont incluses dans le dossier du patient. Les ordonnances sont préparées et signées par les médecins du centre et les patients sont référés à des pharmacies communautaires selon leurs heures d'ouverture. Les narcotiques utilisés durant les ponctions ovariennes sont gardés dans un casier fermé à clé, et gérés par les infirmières et la pharmacie de l'hôpital. Les processus de décompte sont adéquats. Les patients ont accès aux conseils d'une pharmacienne de l'hôpital si désiré.

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le centre suit les directives de l'hôpital pour son programme de prévention des infections. Le programme est très bien géré et implémenté à l'hôpital Sainte-Justine, et une culture de prévention des infections est bien visible. Les équipes cliniques et de laboratoire du centre ont accès aux experts de l'hôpital au besoin.

Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Secteur ou service

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

Processus prioritaire : Leadership 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

7.13 Un processus écrit est suivi pour s'occuper des échantillons inacceptables.

11.3 Des registres sont tenus pour toutes les fournitures, les solutions et tous les milieux de culture, dont l'information fournie par le fabricant et le fournisseur; les lots et le numéro des lots, leur date de réception et de préparation, la date de mise en service, la date de péremption, les notices techniques, et les produits chimiques utilisés, de même que les certificats d'analyse.



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 : Leadership clinique

Les services de laboratoire sont assurés par une équipe de technologues, à temps plein et à temps partiel, sous la direction d'un directeur de laboratoire. La structure organisationnelle est telle que le directeur du laboratoire rencontre régulièrement le directeur médical et l'équipe de gestion pour discuter de questions opérationnelles et de la planification de nouveaux services. Le personnel du laboratoire participe aux réunions régulières du centre de procréation assistée, au cours desquelles des questions opérationnelles et la planification de nouveaux services sont discutées. Les services fournis par le laboratoire sont décrits sur le site web de l'organisation. L'espace laboratoire est conçu pour assurer la sécurité et la confidentialité et convient au volume d'activités actuelles. Des systèmes sont en place pour assurer un inventaire adéquat des fournitures et des milieux de culture.

Processus prioritaire : Compétences

Une orientation générale complète est proposée aux nouveaux employés par l'intermédiaire du service des ressources humaines de l'hôpital. Elle comprend des modules sur l'éthique, la violence au travail, la santé et la sécurité, la confidentialité, la divulgation des informations. Un programme de formation et de la documentation sont en place pour les nouveaux employés du laboratoire afin d'assurer une prestation de services de haute qualité. Le programme de formation consiste en des observations et la pratique des procédures en observation jusqu'à ce que la compétence soit établie. Les profils de poste, les rôles et les responsabilités, les qualifications et les compétences sont documentés et évalués régulièrement. Des possibilités de formation continue sont disponibles. Les employées ont accès à des journées éducatives par les compagnies pharmaceutiques ou des webinaires organisés par la société de fertilité et d'andrologie canadienne. Il existe des preuves de relations de travail efficaces avec le personnel clinique et la direction.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le laboratoire est sécurisé et l'accès est limité au personnel autorisé. Le système de ventilation est équipé de filtres appropriés. L'équipe est encouragée à intégrer les tests de routine des composés organiques volatils à son protocole de surveillance. L'espace laboratoire est adapté au volume d'activités et les zones de travail sont organisées et structurées de manière à optimiser le flux de travail, la sécurité et l'efficacité. La pièce de stockage des gamètes et embryons est très sécuritaire. Les réservoirs d'entreposage sont équipés d'une sonde de surveillance de la température associée à un système de surveillance. L'équipe est encouragée à développer une vérification régulière de l'étalonnage des sondes de température pour garantir des lectures précises. L'équipe est encouragée à revoir ses pratiques actuelles de centrifugation des préparations de sperme pour réduire les risques de contamination croisée. L'accès à une douche oculaire dans la pièce où se fait la vitrification des embryons est suggéré. Une série complète de procédures d'utilisation normalisées est disponible et revue régulièrement. Les consentements des patients sont accessibles et sont vérifiés par le personnel du laboratoire avant le traitement des gamètes et d'embryons. Les échantillons de sperme sont laissés dans des boîtes verrouillées par les patients après leur enregistrement auprès de la technicienne, qui confirme leur identité avant de leur fournir un récipient. Une description des échantillons inacceptables existe, cependant les options possibles lorsqu'un échantillon est considéré inacceptable ne sont pas couvertes dans le processus écrit. Les certificats d'analyse pour chacun des lots de fournitures utilisés ne sont pas sauvegardés. Cependant les certificats d'analyse pour les milieux de culture sont sauvegardés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'accès au dossier électronique du patient est bien contrôlé pour assurer le respect de la vie privée et l'utilisation adéquate des données. Une formation est donnée par l'hôpital à tous les usagers du dossier électronique. Le laboratoire dispose de pratiques adéquates de tenue des dossiers de laboratoire, notamment de feuilles de travail individuelles et d'une base de données principale permettant de documenter et de suivre les indicateurs clés. Ces enregistrements sont utilisés pour produire des statistiques régulières et pour des revues d'amélioration de la qualité au besoin. De nombreux postes

informatiques sont disponibles pour faciliter la saisie et l'extraction de données en continu. Les résultats de laboratoire sont communiqués à l'équipe clinique par le biais d'un rapport de synthèse dans le dossier électronique du patient. Pour le moment, cette approche est satisfaisante. Le laboratoire garde beaucoup de documents papier, l'équipe est encouragée à revoir de manière proactive ses processus actuels et à considérer la transition vers la sauvegarde des documents sous forme électronique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les procédures sont basées sur les directives de pratique publiées, la littérature évaluée par des pairs, des présentations à des conférences et des ateliers spécialisés. Les réunions régulières du conseil médical sont des occasions de passer en revue les pratiques actuelles pour s'assurer qu'elles reflètent les meilleures pratiques. Le laboratoire utilise le système de l'hôpital pour signaler et revoir les incidents. Des réunions internes au laboratoire sont également en place pour identifier les moyens de minimiser le risque de récurrence et d'améliorer les protocoles de laboratoire. Des processus sont en place pour surveiller les non-conformités, en particulier pour les incubateurs.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

La visite du 12 au 16 mai dernier fut des plus constructive. Elle s'est déroulée dans un climat de confiance, ce qui fut grandement apprécié des diverses équipes visitées. Nous accueillons favorablement les commentaires des visiteurs et regardons à donner suite à ces possibilités d'amélioration dans les meilleurs délais, étant actifs sur plusieurs pistes d'amélioration émises.

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

Planification des mesures à prendre

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.