AGRÉMENT CANADA

Force motrice de la qualité des services de santé

Sommaire

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

Montréal, QC

Dates de la visite : 4 au 9 décembre 2011

Date de production du rapport : 22 décembre 2011

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

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

Agréé par 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 2011. 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.

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

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 clients, à la communauté et aux autres partenaires.

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de services de santé un processus d'agrément rigoureux et exhaustif. Il favorise l'amélioration continue de la qualité au moyen de normes fondées sur des données probantes et d'un examen mené par des pairs de l'externe. Agréé par l'International Society for Quality in Healthcare, Agrément Canada aide les organismes à viser l'excellence depuis plus de 50 ans.

© Agrément Canada 2011

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 du CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant 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 sommaire fait partie du rapport d’agrément, mais peut également être utilisé comme un document distinct servant à informer vos partenaires. Il renferme le type d’agrément qui vous a été décerné et souligne certaines de vos activités liées à l’agrément et certains résultats de la visite.

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.

Cordiales salutations,

Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément décerné	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les sections de normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9

Section 1 Sommaire

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. Les organismes agréés par Agrément Canada sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. Après qu'une auto-évaluation ait été effectuée en profondeur, des visiteurs formés à cet effet et qui proviennent d'organismes de santé agréés vont mener une visite dans l'organisme pour en évaluer le rendement par rapport aux normes d'excellence d'Agrément Canada.

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Ce rapport d'agrément 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 suivant : CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément décerné

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

TYPE D'AGRÉMENT DÉCERNÉ
Agrément avec condition

Section 1 Sommaire

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite : 4 au 9 décembre 2011**

- **Lieux**

  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 (Site Sainte-Justine)
  2 CRME (Centre de réadaptation Marie Enfant)

- **Normes**

  Les sections de normes suivantes ont été utilisées pour évaluer les programmes et services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

  Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

  1 Gouvernance durable
  2 Efficacité organisationnelle

  Normes sur l'excellence des services

  3 Normes de gestion des médicaments
  4 Services de traitement du cancer et d'oncologie
  5 Normes relatives aux salles d'opération
  6 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
  7 Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement
  8 Services de chirurgie
  9 Services de soins intensifs
  10 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
  11 Prévention des infections
  12 Services de laboratoires biomédicaux
  13 Normes d'imagerie diagnostique
  14 Laboratoires et banques de sang
  15 Services de médecine
  16 Services d'obstétrique et périnatalité
  17 Services de réadaptation
  18 Services de santé mentale
  19 Banques de sang et services transfusionnels
  20 Services des urgences

Section 1 Sommaire

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. Ce tableau énumère les dimensions de la qualité et illustre combien des critères qui se rapportent à chacune d'entre elles ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet pendant la visite d'agrément.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	70	1	0	71
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	115	0	1	116
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	537	29	21	587
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	134	7	1	142
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	173	5	1	179
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	62	1	2	65
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	842	32	16	890
Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	76	3	0	79
Total	2009	78	42	2129

Section 1 Sommaire

1.4 Analyse selon les sections de normes

Les normes d'excellence du programme 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 contribuent à atteindre le but visé par la norme.

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 la direction, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de clientèles, de secteurs et de services bien précis. Les sections de normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des sections de normes qui ont servi à évaluer les programmes et 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 cotés sans objet.

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes relatives à l'ensemble de l'organisme									
Gouvernance durable	23(100%)	0(0%)	0	68(100%)	0(0%)	0	91(100%)	0(0%)	0
Efficacité organisationnelle	57(100%)	0(0%)	0	48(98%)	1(2%)	0	105(99%)	1(1%)	0
Normes sur l'excellence des services									
Prévention des infections	54(98%)	1(2%)	2	43(100%)	0(0%)	3	97(99%)	1(1%)	5
Banques de sang et services transfusionnels	29(100%)	0(0%)	11	13(100%)	0(0%)	1	42(100%)	0(0%)	12
Laboratoires et banques de sang	71(91%)	7(9%)	3	83(87%)	12(13%)	0	154(89%)	19(11%)	3
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	33(85%)	6(15%)	0	38(83%)	8(17%)	2	71(84%)	14(16%)	2

Section 1 Sommaire

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur l'excellence des services									
Normes d'imagerie diagnostique	46(90%)	5(10%)	1	48(94%)	3(6%)	2	94(92%)	8(8%)	3
Normes de gestion des médicaments	81(99%)	1(1%)	1	48(94%)	3(6%)	1	129(97%)	4(3%)	2
Normes relatives aux salles d'opération	69(96%)	3(4%)	0	30(100%)	0(0%)	0	99(97%)	3(3%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	37(95%)	2(5%)	1	55(96%)	2(4%)	2	92(96%)	4(4%)	3
Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement	33(94%)	2(6%)	0	73(96%)	3(4%)	0	106(95%)	5(5%)	0
Services d'obstétrique et périnatalité	50(98%)	1(2%)	0	69(100%)	0(0%)	1	119(99%)	1(1%)	1
Services de chirurgie	37(97%)	1(3%)	0	65(100%)	0(0%)	1	102(99%)	1(1%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	16(100%)	0(0%)	0	35(97%)	1(3%)	0	51(98%)	1(2%)	0
Services de médecine	34(97%)	1(3%)	0	63(91%)	6(9%)	1	97(93%)	7(7%)	1

Section 1 Sommaire

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur l'excellence des services									
Services de réadaptation	32(97%)	1(3%)	1	65(96%)	3(4%)	1	97(96%)	4(4%)	2
Services de santé mentale	37(97%)	1(3%)	1	68(96%)	3(4%)	1	105(96%)	4(4%)	2
Services de soins intensifs	37(100%)	0(0%)	0	93(100%)	0(0%)	1	130(100%)	0(0%)	1
Services de traitement du cancer et d'oncologie	37(100%)	0(0%)	0	71(99%)	1(1%)	3	108(99%)	1(1%)	3
Services des urgences	35(100%)	0(0%)	0	85(100%)	0(0%)	1	120(100%)	0(0%)	1
Total	**848(96%)**	**32(4%)**	**21**	**1161(96%)**	**46(4%)**	**21**	**2009(96%)**	**78(4%)**	**42**

Section 1 Sommaire

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Dans le programme Qmentum, une pratique organisationnelle requise (POR) se définit comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité, et il faut répondre aux exigences de tous les tests pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des POR et de la cote attribuée à chacune pendant la visite.

Pratique organisationnelle requise	Cote
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
Analyse prospective liée à la sécurité des patients	Conformité
Déclaration des événements indésirables	Conformité
Mécanisme de déclaration des événements indésirables	Conformité
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients	Conformité
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Abréviations dangereuses	Conformité
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	Conformité
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé	Conformité
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle	Conformité
Deux identificateurs de client	Conformité
Liste de contrôle d'une chirurgie	Non-conformité
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés	Conformité
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité	Conformité
Transfert de l'information	Conformité

Section 1 Sommaire

Pratique organisationnelle requise	Cote
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Concentrations de médicaments	Conformité
Électrolytes concentrés	Conformité
Formation sur les pompes à perfusion	Conformité
Sécurité liée à l'héparine	Conformité
Sécurité liée aux narcotiques	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Plan de sécurité des patients	Conformité
Prévention de la violence en milieu de travail	Conformité
Programme d'entretien préventif	Conformité
Sécurité des patients : formation et perfectionnement	Conformité
Sécurité des patients : rôles et responsabilités	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Directives sur la prévention des infections	Conformité
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	Conformité
Processus de stérilisation	Conformité
Taux d'infection	Conformité
Vaccin antigrippal	Conformité
Vérification de l'hygiène des mains	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes	Non-conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Prévention du suicide	Conformité
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	Conformité

Section 1 Sommaire

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

Pendant la visite d'agrément, 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.

L'organisme était très bien préparé pour la visite. Les directeurs et les employés nous ont reçus à bras ouverts et ont collaboré tout au long du processus d'agrément.

Le Conseil d'administration maîtrise bien ce qui se passe dans l'établissement et ses membres sont présents sur plusieurs comités. Les membres du Conseil connaissent bien leurs rôles et ils sont bien informés pour prendre des décisions dans un environnement complexe. Le Conseil a une culture d'équilibre budgétaire et d'optimisation des ressources. Le Conseil est soucieux de ne pas s'ingérer dans la gestion opérationnelle de l'établissement.

Le Conseil d'administration a revu le plan stratégique pour les années 2011-2014. Ce plan a fait l'objet d'une vaste consultation par le biais de « groupe de discussion » pour les acteurs à l'interne. Les partenaires externes de même que les partenaires académiques ont aussi été rencontrés dans le cadre de cette consultation. Le plan stratégique est très bien intégré dans l'établissement, et ce, grâce à des outils de communication très bien conçus et utiles pour le personnel. Les activités de l'établissement sont en lien avec le plan stratégique.
Le projet de construction et de mise à niveau des services intitulé « Grandir en Santé » occasionnera une croissance anticipée de 60 % des activités et une augmentation de 30 % des effectifs. Ce plan est bien communiqué dans l'organisme et semble être un projet mobilisateur. La création d'une direction de transition du projet est appréciée par les employées, car cela leur permet de mieux gérer la transition. Nous tenons à souligner les efforts d'impliquer les enfants dans la conception des nouvelles chambres, par le biais du concours « Décris-moi ta chambre d'institution de rêve ».

Les projets innovateurs d'amélioration de la qualité sont nombreux et présentés sous forme d'affiche lors du salon de la qualité. La culture de qualité et de gestion des risques se ressent à travers l'établissement. Au cours des dernières années, des développements importants dans le programme d'assurance qualité ont impliqué l'ensemble du personnel. Ils ont fait preuve d'imagination, de dévouement et de compétence pour apporter les changements nécessaires.

Le projet « Planetree » est un autre exemple d'innovation. Un engagement formel de l'organisme partant du Conseil d'administration est illustré par la nomination d'une personne pour gérer la mise en place de ce projet. Cette approche humaniste vise à mettre les employés au cœur des transformations et changer le rôle du gestionnaire en rôle de facilitateur auprès de ses employés.

L'école de gestion Ste-Justine est une illustration du partenariat entre l'Université de Montréal et l'organisme. Ce partenariat met en lumière l'esprit innovateur qui caractérise cet organisme.

L'organisme est félicité pour son engagement en matière d'éthique. Depuis le 1er avril, l'organisme a créé une unité d'éthique clinique et a nommé une personne responsable de cette unité. Il existe en plus un comité de bioéthique qui relève du Conseil d'administration. Ce comité étudie des problématiques éthiques et pourrait émettre un avis contenant des recommandations au Conseil d'administration. Cette équipe a aussi eu un impact important sur le volet académique. Le comité d'éthique à la recherche est très actif dans l'établissement. Le comité étudie environ cent quatre-vingts à deux cents projets de recherche par année. Il y a plus de huit cents projets de recherche en cours.

Le comité des usagers est consulté sur les protocoles reliés à la sécurité des clients. Le comité se charge aussi des sondages de satisfaction de la clientèle.

Section 1 Sommaire

La mise en place d'un centre de promotion de la santé est une décision digne de mention. Il serait intéressant de mesurer l'impact de la présence de ce centre dans l'organisme.

Le Conseil d'administration est encouragé à développer un processus structuré pour évaluer le fonctionnement des comités du Conseil d'administration. L'établissement doit se doter d'un plan de main-d'œuvre afin d'être en mesure de faire face au futur, non seulement en terme de croissance d'activités, incluant les départs anticipés à la retraite, les congés de toute sorte et le roulement habituel du personnel.

Les employés sont fiers et satisfaits de leur travail. Ils bénéficient d'une gestion décentralisée qui leur permet de participer au quotidien à l'organisation du travail. L'établissement leur permet de se mettre à jour constamment pour donner des soins de qualité. La communication représente un défi important, et ce, malgré les mécanismes de coordination et la structure de comités.

L'établissement offre des soins d'excellence reconnue par ses patients et ses partenaires. L'établissement soutient les services cliniques et favorise la capacité des équipes en région à prendre en charge les soins de la clientèle qui leur est transférée. L'établissement a un esprit de collaboration avec ses partenaires.

Les laboratoires du CHU Ste-Justine possèdent une expertise unique et hautement spécialisée dans de multiples domaines reliés à la pédiatrie. Les secteurs de pointe, telles la pharmacocinétique et la biologie moléculaire, sont de plus en plus présents dans les soins cliniques.

Les entrevues et les rencontres avec les clients et les utilisateurs démontrent un degré de satisfaction à tous les égards. Ils manifestent leur satisfaction en rapport à l'excellence des services. Patients et parents se sentent rassurés et soutenus par l'empathie et l'engagement du personnel et des bénévoles lors de leur passage dans l'établissement.

L'organisme doit revoir la mise en place du programme SIMDUT, car on constate plusieurs lacunes dans l'application de celui-ci. Il est suggéré d'assurer une intégration des multiples programmes informatisés dans les divers secteurs. Les équipes sont encouragées à documenter les données cliniques sur la douleur d'une façon systématique. Les équipes sont encouragées à continuer leurs efforts d'implantation du nouveau programme de prévention des chutes. Il est suggéré de maintenir les efforts dans la planification et la préparation des mesures d'urgence avec un accent sur des exercices de sinistre externe avec ses partenaires communautaires. Il est suggéré de faire des efforts pour revoir les pratiques reliées aux dossiers parallèles pour s'assurer que toutes les informations pertinentes sont dans le dossier du client. La direction est encouragée à garder un œil vigilant sur la qualité des services cliniques durant la période de transition vers le nouvel édifice. L'organisme devra relever le défi de maintenir l'énergie pour arrimer les projets immobiliers, technologiques et cliniques.