



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}

Institut de cardiologie de Montréal

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Confidentialité

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

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

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

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

Au sujet d’Agrément Canada

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

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

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

Au sujet du rapport

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

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

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

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

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

Sommaire

L'établissement

L'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), affilié à l'Université de Montréal est un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie consacré aux soins, à la recherche, à l'enseignement, à la prévention, à la réadaptation ainsi qu'à l'évaluation des nouvelles technologies en cardiologie.

L'ICM compte 153 lits et plus de 2 000 employés auxquels s'ajoutent plus de 227 médecins et plus de 500 infirmières et infirmiers. Son volume annuel d'activité se chiffre à plus de 8 000 hospitalisations, 66 000 visites en cliniques externes et spécialisées et 15 000 interventions.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

L'Institut de cardiologie de Montréal, affilié à l'Université de Montréal, se démarque en tant que centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie, consacré aux soins, à la recherche, à l'enseignement, à la prévention, à la réadaptation et à l'évaluation des nouvelles technologies dans ce domaine. Il offre un environnement de soins et de services cliniques où le sentiment d'appartenance des médecins, professionnels, bénévoles et intervenants est très présent. Tous ont à cœur les usagers et ceux-ci témoignent de leur grande satisfaction envers l'établissement.

Le conseil d'administration est composé de membres hautement compétents, apportant des expertises diversifiées et complémentaires. La gouvernance de l'Institut se caractérise par une gestion rigoureuse et un souci constant d'améliorer les services offerts aux usagers, tout en soutenant activement la recherche et l'innovation clinique et technologique afin de demeurer le chef de file en soins cardiaques. Le comité actif « Investir dans l'excellence » joue un rôle essentiel dans le suivi et l'évolution du vaste chantier de modernisation des infrastructures de l'établissement. Sa vision est précise sur la manière d'orienter ses priorités quant à son fonctionnement présent et futur. Sa gestion décentralisée, reposant sur le partage des responsabilités, permet une flexibilité et une efficacité rare en santé.

Du point de vue clinique, l'accent est mis sur le parcours des usagers au sein de l'Institut. Les différentes équipes travaillent continuellement à assurer la fluidité des activités et à faciliter l'accès aux services. Des liens sont également développés avec les soins de première ligne dispensés par les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour renforcer cette collaboration. La communauté joue un rôle actif dans le fonctionnement de l'Institut, avec plusieurs bénévoles apportant quotidiennement une contribution exceptionnelle.

La sécurité des soins est une priorité dans tous les secteurs de l'établissement. Par exemple, le service de transplantation se distingue par son approche personnalisée, crucial pour les patients dont la survie dépend étroitement de la cohésion de l'équipe médicale. L'équipe se maintient à jour avec les avancées technologiques et scientifiques liées aux maladies cardiaques, ce qui lui permet de relever avec succès les défis liés à la transplantation et la survie des patients.

Les services interventionnels et périchirurgicaux jouissent d'une réputation nationale et internationale d'excellence. Ils constituent une véritable fierté pour l'Institut, offrant des soins de haut niveau (tertiaires et quaternaires) qui associent chirurgie cardiaque, recherche et enseignement. Les patients témoignent volontiers de leur grande satisfaction envers ces services de pointe.

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

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	99,3%	99,3%	96,2%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

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

Secteurs d'excellence :

- Sentiment d'appartenance des employés et les médecins
- Gestion intégrée de la qualité reposant sur une culture marquée par la mesure et la recherche constante de l'amélioration.
- Recherche, innovation et enseignement
- Vaste chantier de modernisation des infrastructures en cours pour maintenir l'établissement à la pointe de la technologie.
- Cadre conceptuel d'éthique (modèle Hub and Spoke) largement connu et adopté par bien connu par le personnel.

Opportunités d'amélioration :

- Informatisation du dossier médical pour faciliter la gestion des informations médicales des usagers.
- Informatisation du processus de transmission des ordonnances médicales à la pharmacie afin de prévenir toute erreur potentiellement préjudiciable.
- Analyse et monitoring continu des risques de violence au travail dans tous les secteurs de l'Institut pour assurer la sécurité des employés et des patients.
- Intensifier ses efforts pour renforcer les liens et l'arrimage avec les soins de première ligne afin de garantir une prise en charge efficace et coordonnée des patients.

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

Communication	<table border="0"> <tr> <td>BCM : priorité stratégique</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>BCM aux points de transition de soins</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Listes d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Identification des usagers</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Transfert de l'information aux points de transition</td> <td>100%</td> </tr> </table>	BCM : priorité stratégique	100%	BCM aux points de transition de soins	100%	Listes d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	Identification des usagers	100%	Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	100%	Transfert de l'information aux points de transition	100%
BCM : priorité stratégique	100%												
BCM aux points de transition de soins	100%												
Listes d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%												
Identification des usagers	100%												
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	100%												
Transfert de l'information aux points de transition	100%												
Culture de sécurité	<table border="0"> <tr> <td>Divulgateion des événements</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Gestion des événements</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Reddition de compte en matière de qualité</td> <td>100%</td> </tr> </table>	Divulgateion des événements	100%	Gestion des événements	100%	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	Reddition de compte en matière de qualité	100%				
Divulgateion des événements	100%												
Gestion des événements	100%												
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%												
Reddition de compte en matière de qualité	100%												
Évaluation des risques	<table border="0"> <tr> <td>Chutes</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Plaies de pression</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Suicide</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>TEV</td> <td>100%</td> </tr> </table>	Chutes	100%	Plaies de pression	100%	Suicide	100%	TEV	100%				
Chutes	100%												
Plaies de pression	100%												
Suicide	100%												
TEV	100%												
Milieu de travail	<table border="0"> <tr> <td>Cheminement des usagers</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>Programme d'entretien préventif</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Sécurité des usagers : Formation</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Plan de sécurité des usagers</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Prévention de la violence en milieu de travail</td> <td>0%</td> </tr> </table>	Cheminement des usagers	78%	Programme d'entretien préventif	100%	Sécurité des usagers : Formation	100%	Plan de sécurité des usagers	100%	Prévention de la violence en milieu de travail	0%		
Cheminement des usagers	78%												
Programme d'entretien préventif	100%												
Sécurité des usagers : Formation	100%												
Plan de sécurité des usagers	100%												
Prévention de la violence en milieu de travail	0%												
Prévention des infections	<table border="0"> <tr> <td>Conformité hygiène des mains</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Formation hygiène des mains</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Taux d'infection</td> <td>100%</td> </tr> </table>	Conformité hygiène des mains	100%	Formation hygiène des mains	100%	Taux d'infection	100%						
Conformité hygiène des mains	100%												
Formation hygiène des mains	100%												
Taux d'infection	100%												
Utilisation des médicaments	<table border="0"> <tr> <td>Électrolytes concentrés</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Gérance des antimicrobiens</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Médicaments de niveau d'alerte élevé</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Sécurité liée aux pompes à perfusion</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Sécurité liée à l'héparine</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Sécurité liée aux narcotiques</td> <td>100%</td> </tr> </table>	Électrolytes concentrés	100%	Gérance des antimicrobiens	100%	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	Sécurité liée aux pompes à perfusion	100%	Sécurité liée à l'héparine	100%	Sécurité liée aux narcotiques	100%
Électrolytes concentrés	100%												
Gérance des antimicrobiens	100%												
Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%												
Sécurité liée aux pompes à perfusion	100%												
Sécurité liée à l'héparine	100%												
Sécurité liée aux narcotiques	100%												

Table des matières

Au sujet d’Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d’agrément.....	2
Exigences du programme d’agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	6
Résultats d’évaluation par programme-services.....	10
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	10
Santé physique.....	12
Amélioration continue de la qualité.....	14
Évaluation des pratiques sécuritaires	14
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d’examen	15
Conclusion.....	16
Annexes	17
Directives relatives à l’attribution de l’agrément	17
Classification des critères.....	18
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	20
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	21
Détails techniques du rapport.....	23

Aperçu du programme

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

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

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

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

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

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

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

Décision d'agrément

Institut de cardiologie de Montréal

Le statut d'agrément est :

Agréé

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

Exigences du programme d'agrément

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

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









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

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

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	27	0	0	27
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	100,0%	71	0	0	71
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	100,0%	39	0	1	40
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	100,0%	50	0	0	50
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	100,0%	74	0	0	74
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	99,6%	543	2	14	559
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	98,8%	503	6	19	528
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	99,1%	324	3	13	340
Total	99,3%	1631	11	47	1689

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

Sommaire des POR de l'établissement

Total

76/79

POR Conforme

96%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	100%	23 / 23	6 / 6
	Identification des usagers	100%	8 / 8	8 / 8
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	6 / 6	1 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	5 / 5	1 / 1
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	100%	35 / 35	7 / 7
Culture de sécurité	Divulgateion des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	14 / 14	2 / 2
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Prévention des plaies de pression	100%	15 / 15	3 / 3
	Prévention du suicide	100%	5 / 5	1 / 1

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	15 / 15	3 / 3
	Stratégie de prévention des chutes	100%	15 / 15	5 / 5
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	92%	66 / 72	7 / 9
	Prévention de la violence en milieu de travail	88%	7 / 8	0 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	100%	27 / 27	9 / 9
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	9 / 9	9 / 9
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	6 / 6	1 / 1
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sondages

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

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

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

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

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 13 août au 30 octobre 2018

Nombre de répondants : 18

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

● Établissement ● RSSS



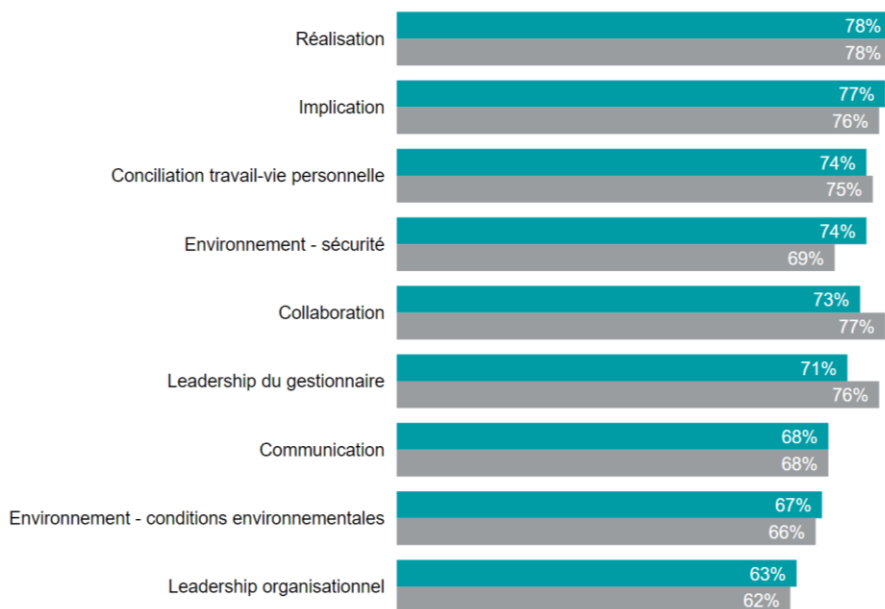
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 9 septembre au 1 novembre 2019

Nombre de répondants : 791

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

● Établissement ● RSSS



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

Dates de déploiements : 11 mars au 12 avril 2019

Nombre de répondants : 37

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

● Établissement ● RSSS



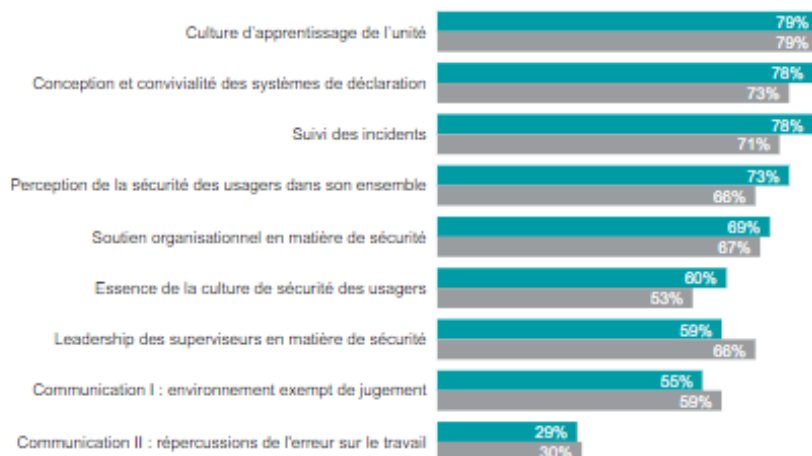
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 11 mars au 12 avril 2019

Nombre de répondants : 445

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

● Établissement ● RSSS



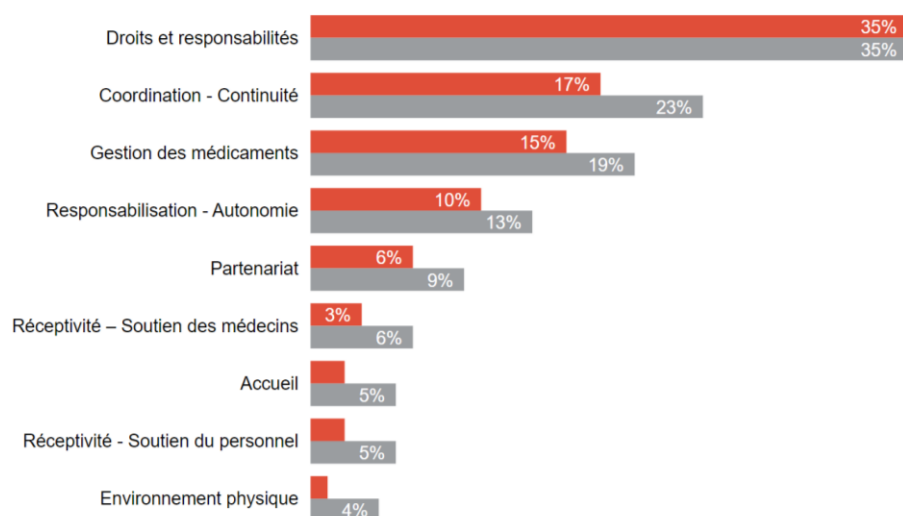
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 1536

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

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

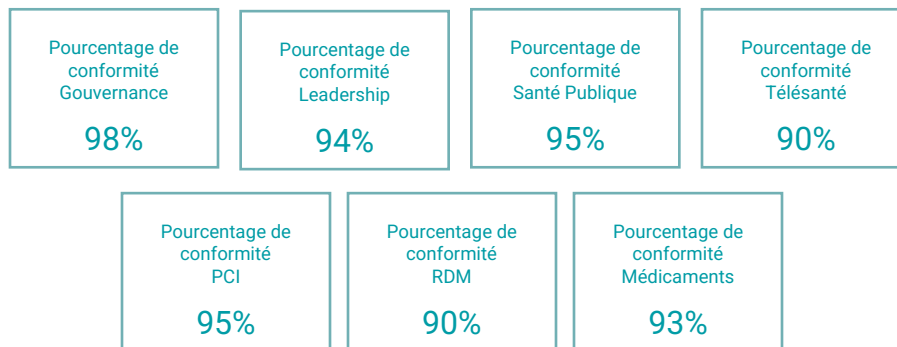
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

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

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	0
Leadership	100%	0%	4	100%	0%	0	88%	13%	1	99%	1%	5
Télésanté	100%	0%	0	100%	0%	0				100%	0%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	2	95%	5%	0	100%	0%	0	97%	3%	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	100%	0%	0	100%	0%	5				100%	0%	5
Gestion des médicaments	100%	0%	2	100%	0%	8	100%	0%	0	100%	0%	10
Total	100%	0%	8	99%	1%	13	94%	6%	1	100%	0%	22

Comparatif du réseau



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

Faits saillants

(2018) Le conseil d'administration soutient la planification stratégique ministérielle 2015-2020, en l'adaptant pour qu'elle soit pertinente pour l'organisation. La direction fonctionne en mode cogestion, privilégiant la prise de décision partagée et le consensus. Les responsabilités liées à l'allocation et à l'utilisation des ressources sont respectées, avec une attention constante portée à la performance, la qualité et la sécurité des soins. Malgré la croissance soutenue des activités, l'Institut maintient un équilibre financier depuis plusieurs années. Une atmosphère de travail positive règne dans l'organisation, où la prévention de la violence au travail est prise au sérieux, mais l'analyse et le suivi continus des risques sont encouragés pour une meilleure prévention. L'établissement possède un cadre conceptuel d'éthique bien connu du personnel, soutenu par le comité d'éthique clinique qui déploie le modèle « Hub and Spoke » avec 16 membres actifs dans la dissémination de l'information et la formation sur les questions éthique.

Les pharmaciens et les assistants techniques en pharmacie jouent un rôle clinique essentiel et sont intégrés dans toutes les équipes interdisciplinaires. Les processus de gestion des médicaments et les formulaires sont accessibles sur le portail, mais les ordonnances médicales restent manuscrites, numérisées, et transmises à la pharmacie. L'Institut est encouragé à poursuivre leurs réflexions dans le développement du projet « Hôpital numérique » afin d'identifier des stratégies pour réduire les potentiels d'erreurs dans ce processus.

(2021) L'Institut débute ses activités de télésanté et y consacre de plus en plus de ressources pour élargir l'offre de services, en impliquant des usagers partenaires formés dans certains projets pour accompagner les travaux.

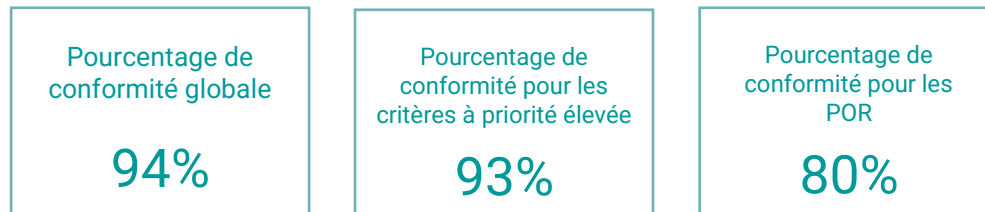
Santé physique

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

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2021) Les équipes s'inscrivent dans une approche collaborative et multidisciplinaire. Les outils cliniques sont standardisés et utilisés par l'ensemble des professionnels. L'utilisateur et sa famille demeurent sans contredit au cœur de l'activité clinique. Il y a une évidente culture de mesure installée dans les secteurs cliniques de l'Institut. La formation et le perfectionnement des équipes sont une activité clé pour la dispensation de soins de haute qualité. Elle est encouragée et valorisée par tous. La fluidité des activités et le cheminement des usagers sont une préoccupation constante des différentes équipes afin de favoriser l'accès aux services. Il a toutefois été observé plusieurs défis dans l'arrimage de tous les intervenants et médecins pour une stratégie commune et le suivi de la progression de l'amélioration à l'aide d'indicateurs. Il est important de souligner que des activités d'amélioration de la qualité sont réalisées dans tous les secteurs visités. L'établissement est invité à s'assurer que tous les volets associés à la gestion de la qualité sont présents et implantés et que l'évaluation de la satisfaction de la clientèle est

documentée régulièrement afin de contribuer à la recherche de pistes de solutions. Dans une vision de recherche de l'excellence, il importe de souligner l'importance que l'établissement doit accorder au dossier médical électronique dans un établissement de haute pointe tel que l'Institut de cardiologie pour optimiser la communication, élément capital dans le transfert d'information aux points de transition. Cela étant dit, certains usagers rapportent quelques inconforts vécus en lien avec la perception que la technologie occupe une grande place dans leurs soins laissant peu de place pour les échanges avec le personnel. L'encombrement et le bruit dans les unités de soins méritent également une attention particulière.

Amélioration continue de la qualité

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

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

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

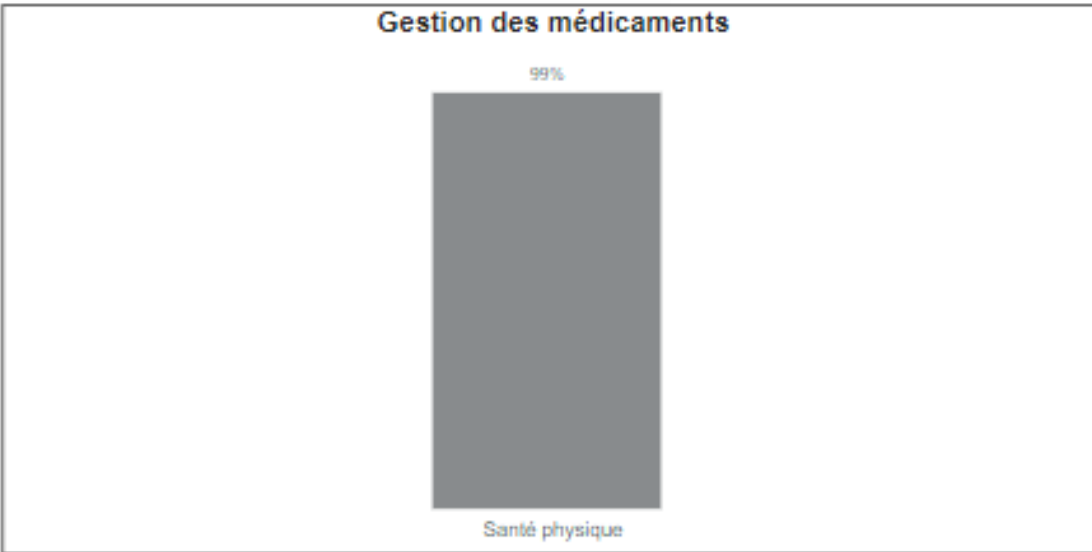
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

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

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





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

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

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

Conclusion

Les différents intervenants, tels que les professionnels, médecins et bénévoles, incarnent les valeurs de l'Institut, dont la qualité et la sécurité. Un comité d'amélioration de la qualité, constitué de membres représentant toutes les directions de l'organisation, est très actif dans la mise en œuvre du programme de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, soutenu par un cadre conceptuel et un plan de sécurité. Des activités d'amélioration continue sont réalisées dans tous les secteurs, avec des efforts pour standardiser les processus grâce à des plans et des échéanciers établis par les équipes. Cependant, les mises à jour des progrès réalisés ne sont pas toujours explicitement disponibles, certains échéanciers s'étendent sur plusieurs années.

Un comité des usagers engagé travaille activement à améliorer l'expérience des usagers, avec le déploiement d'un projet majeur appelé « Devenir partenaires en santé, l'approche patient-partenaire » soutenu par la haute direction pour atteindre des résultats de santé optimaux en accord avec le projet de vie de chaque usager.

Dans une optique d'excellence, l'établissement doit accorder une attention particulière au dossier médical électronique, étant un élément clé de communication dans le transfert d'informations aux points de transition, essentiel pour un institut de pointe tel que l'Institut de cardiologie de Montréal.

En conclusion, il est indéniable que l'utilisateur et sa famille restent au cœur des activités cliniques de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

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

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

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

Classification des critères

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

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

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

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

Critères à priorité élevée

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

Critères à priorité normale

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

Dimensions de la qualité

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

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

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

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

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

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

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

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	12 au 14 novembre 2018
Séquence 1	Leadership	12 au 14 novembre 2018
Séquence 1	PCI	12 au 14 novembre 2018
Séquence 1	RDM	12 au 14 novembre 2018
Séquence 1	Gestion des médicaments	12 au 14 novembre 2018
Séquence 3	Santé physique	7 au 10 juin 2021
Séquence 3	Télésanté	7 au 10 juin 2021

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

Séquence 1

Norme	Norme évaluée
Gouvernance	Oui
Leadership	Oui
Santé Publique	Non
Prévention et contrôle des infections	Oui
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui
Gestion des médicaments	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none">Institut de cardiologie de Montréal

Séquence 3

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

Emplacements
<ul style="list-style-type: none">▪ Institut de cardiologie de Montréal

Détails techniques du rapport

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

Taux de conformité global

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

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

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

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

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

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

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

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

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

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

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

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

Sommaire des POR de l'établissement

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

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

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

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

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

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

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

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

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

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

Sondage sur la mobilisation du personnel

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

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

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

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

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

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

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

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

Résultats par normes

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

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

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

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

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

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

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

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

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

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

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