



Hôpital
Marie-Clarac

DES SŒURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE

Plan stratégique 2016-2021



**« Un hôpital à visage humain
qui veut se développer pour mieux servir »**

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL MARIE-CLARAC	3
MISSION ET VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT	4
ÉTAT DES BESOINS SOCIO-SANITAIRES DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN FONCTION D'UNE CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE CELLE-CI.....	4
CONTEXTE DANS LEQUEL ÉVOLUE L'HMC ET LES PRINCIPAUX DÉFIS AUXQUELS IL DOIT FAIRE FACE.....	5
ORIENTATIONS ET OBJECTIFS (AXES MAJEURS) DU PLAN STRATÉGIQUE 2016-2021	6
A. CONTRIBUER ACTIVEMENT AU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER ET À DOMICILE.....	6
B. DOTER L'ÉTABLISSEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET PROFESSIONNELLES NÉCESSAIRES À LA CONTINUITÉ, À LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES	7
C. DÉVELOPPER DES MÉCANISMES DE GESTION ET DE CONTRÔLE DE LA DURÉE DE SÉJOUR, DES DÉLAIS D'ADMISSION, NOTAMMENT PAR LA PLANIFICATION DU CONGÉ.....	7
D. ACTUALISER LE PLAN 2010-2015 DE MISE À NIVEAU DES INFRASTRUCTURES.....	8
E. REVOIR LE PROCESSUS DE PLANIFICATION BUDGÉTAIRE	8
F. CONSOLIDER LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	9
G. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE DE L'HMC, COMME MILIEU DE FORMATION	9
H. ORIENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT RELATIVEMENT AUX SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	10
I. CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE DES SOINS PALLIATIFS.....	11

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL MARIE-CLARAC

Le plan stratégique 2016-2021 a été développé dans le contexte suivant :

- la reconfiguration du réseau de la santé;
- l'agrandissement de l'établissement et la perspective du développement de nouveaux programmes cliniques;
- la mission universitaire de l'établissement;
- les défis auxquels sont confrontés tous les établissements du réseau : la qualité et la sécurité des soins, les restrictions budgétaires, l'attraction et la rétention d'un personnel compétent, le vieillissement des infrastructures.

Nous croyons que notre établissement est orienté vers un futur prometteur. Notre mission vise à assurer aux personnes en perte d'autonomie, des soins et des services qui favorisent la réadaptation et le retour sécuritaire à domicile. Par ailleurs, dans un pavillon moderne inauguré en novembre 2014, nous offrons des soins palliatifs permettant aux usagers de décéder dans la dignité et la sérénité. Notre équipe de professionnels et nos employés de soutien ont toutes les compétences requises pour rencontrer cet objectif.

Les axes majeurs de ce plan stratégique concernent les défis que nous devons relever pour atteindre l'excellence. Nous visons plus particulièrement les enjeux liés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée, l'utilisation sécuritaire des médicaments, la prévention des chutes, un environnement sécuritaire et un milieu de travail productif et agréable. L'atteinte des objectifs est quantifiable lorsque les cibles sont mesurables. Plusieurs des objectifs de ce plan se retrouvent déjà dans le tableau de bord de l'établissement.

Un défi majeur est à relever, c'est celui de l'équilibre budgétaire. Notre établissement a la réputation de faire beaucoup avec moins. Il y a cependant une limite à ce type d'exercice. Au cours de 2010-2015, nous avons cessé les travaux de mise à niveau des chambres et des salles de bain. La Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac a consacré ses levées de fonds à la construction du nouveau pavillon, devant abriter notamment les soins palliatifs. Notre gestion rigoureuse nous permet, année après année, de limiter le déficit. Nous sommes à la limite des économies possibles sans sacrifier l'accès aux soins et services.

Nous avons l'habitude de dire à nos employés que notre hôpital est voué à un brillant avenir. Les 50 années d'existence que nous avons soulignées en 2015 sont garantes de notre futur. Notre privilège c'est d'avoir à la direction de l'établissement, la communauté des Soeurs de Charité de Sainte-Marie et la transmission de leurs valeurs à notre hôpital, valeurs qui se reflètent dans notre approche aux usagers.

Soeur Pierre Anne Mandato

Soeur Pierre Anne Mandato
Directrice générale et présidente
du conseil d'administration
de l'Hôpital Marie-Clarac



MISSION ET VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

- Offrir des services d'excellente qualité en réadaptation à toute personne requérant des soins, dans les programmes musculosquelettiques, post-aigus ainsi qu'en fin de vie.
- Offrir un environnement sécuritaire empreint d'humanisme et de compassion, ayant à cœur d'assurer à chaque personne le droit au respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins physiques, psychosociaux et spirituels.
- Offrir un enseignement de qualité en conformité avec la mission universitaire.

ÉTAT DES BESOINS SOCIO-SANITAIRES DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN FONCTION D'UNE CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE CELLE-CI

L'évaluation des besoins sociaux sanitaires de la clientèle repose sur trois sources :

- A. Celle de la Direction de la Santé publique de Montréal, selon l'enquête Topo réalisée en 2012.

Un Montréalais sur trois est atteint d'au moins une maladie chronique (asthme, maladie cardiaque, hypertension, diabète, trouble de l'humeur). L'incidence chez la population du territoire desservi par le CSSS Ahuntsic / Montréal-Nord est de 37% (se situe dans la moyenne supérieure, i.e. 40% par le CSSS Pointe de l'Île et 31% étant l'incidence minimale).

- B. Celle du CSSS Ahuntsic / Montréal-Nord (données 2011)

Espérance de vie a diminué :

Homme : 78,4 ans (79,5 ans – Île de Montréal)
Femme : 82,6 ans (83,8 ans – Île de Montréal)

- C. Celle de l'Hôpital Marie-Clara : statistiques annuelles (2012-2013)

Provenance de la clientèle

Majoritairement des territoires avoisinant l'établissement :	64,1%
CSSS Ahuntsic / Mtl-Nord :	25,8%
CSSS Pointe de l'Île :	21,9%
CSSS St-Léonard / Saint-Michel :	16,4%

Caractéristiques de la clientèle admise à l'HMC

- 1) Elle est majoritairement constituée de femmes dans la proportion de 3 pour 1.
- 2) L'âge moyen :

Programme ortho : 76,8 ans (75,5 en 2010-2011)
Programme subaigu : 77,7 ans (78,3 en 2010-2011)

Il est notable que les usagers de 91 ans et plus soient en nombre croissant à 7,6% (5,0% en 2010-2011).

- 3) Les usagers ont en moyenne 14 conditions associées et consomment 14,15 médicaments. La durée moyenne de séjour :

Prog. Ortho : 40,7 jrs (incluant sans mise en charge) = 39,8 jrs (2010-2011)
Prog. Subaigu : 34,1 jrs = 32,7 jrs (2010-2011)

- 4) Transferts à l'urgence

Avec retour à l'HMC : 20,8% (21,9% en 2011-2012)
Sans retour à l'HMC : 17,2% (15% en 2011-2012)

5) Soins palliatifs : l'unité de soins l'Oasis de Paix

Au cours de l'année 2014-2015, 203 usagers ont été admis, provenant majoritairement des CHU et du CIUSSS de l'Est. Nous sommes particulièrement heureux de la qualité des soins et services donnés aux usagers dans l'interdisciplinarité et dans l'approche globale.

CONTEXTE DANS LEQUEL ÉVOLUE L'HMC ET LES PRINCIPAUX DÉFIS AUXQUELS IL DOIT FAIRE FACE

L'HMC est un établissement privé conventionné créé il y a 50 ans par la communauté des Sœurs de la Charité de Sainte-Marie. Il dispose de 192 lits en réadaptation (204 lits au permis). Il a rendu disponible 18 lits de soins palliatifs qui sont maintenant occupés. Une clinique d'évaluation et de réadaptation gériatrique est prête à être occupée, si le financement devient disponible.

Les défis auxquels l'établissement est confronté sont les suivants :

1) L'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Le statut de privé conventionné de l'hôpital ne lui permet pas de générer de déficit. Plusieurs démarches ont été entreprises auprès du MSSS pour obtenir un ajustement budgétaire. À ce défi, est lié celui de l'obtention d'un financement pour les activités cliniques du nouveau pavillon.

2) L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI).

Depuis plusieurs années, l'hôpital se voit obligé d'utiliser de la MOI, notamment le soir, la nuit, les fins de semaine et durant les vacances estivales. Depuis deux ans, il y a une diminution de l'utilisation de cette main-d'œuvre.

3) Le vieillissement des infrastructures.

Les 50 ans de l'hôpital ont laissé des séquelles sur les équipements et les structures. L'absence de financement, à cet effet, rend difficile leur mise à niveau.

4) Le manque de chambres privées et de salles de bain en regard de la gestion des infections nosocomiales.

Le pavillon Marie-Clarac compte 13 chambres privées. Beaucoup d'usagers doivent utiliser des toilettes communes. Jusqu'au déclenchement de la Campagne majeure de levée de fonds pour les soins palliatifs, la Fondation a subventionné la création de salles de bain (29) et la rénovation d'un certain nombre de chambres (17). Depuis 2012, faute de fonds, ces travaux ont été interrompus. Malgré ces difficultés, l'établissement affiche un faible taux d'infections C. Difficile (2,6 pour 10 000 jrs / présence en 2014-2015).

5) La lourdeur de clientèle.

La pression sur le réseau de la santé afin de diminuer la durée de séjour à l'urgence, fait en sorte que notre établissement reçoit de plus en plus de personnes âgées, porteuses de plusieurs maladies, sous polymédication. Le profil sociodémographique que nous dressons fait la preuve que nous sommes devenus un établissement de médecine gériatrique : soit des personnes de plus de 75 ans, avec plusieurs maladies chroniques et polymédication.

6) L'inoccupation des locaux dans le pavillon Mère Anselme-Marie.

Le projet clinique développé dans le pavillon comporte l'offre des services suivants :

- 18 lits de soins palliatifs en fonction depuis novembre 2014, ils sont tous occupés avec une liste d'attente bien garnie (20-25 patients);
- 18 lits de soins palliatifs supplémentaires disponibles dès que le financement sera assuré;
- 1 clinique d'évaluation et de réadaptation gériatrique;
- 1 clinique externe de soins palliatifs;
 - 1 salle de radiologie utilisée à mi-temps qui pourrait fonctionner 7 jours/semaine afin d'accommoder la clinique médicale, si le financement était présent. La salle de radiologie a été déplacée dans le nouveau pavillon pour la rapprocher de la clinique médicale. L'extension des heures de service (7 jours/semaine) repose sur un financement de personnel qui n'est pas présent;
- 1 clinique médicale avec GMF en fonction depuis janvier 2015.

- La clinique d'évaluation et de réadaptation gériatrique a été développée à la demande du Dr Philippe Couillard, alors qu'il agissait comme ministre de la santé. L'objectif est d'éviter que des personnes âgées, en perte d'autonomie, se présentent à l'urgence et qu'elles se maintiennent à domicile. L'état des finances publiques justifie le manque de support financier pour cette activité.

ORIENTATION ET OBJECTIFS (AXES MAJEURS) DU PLAN STRATÉGIQUE 2016-2021

A. CONTRIBUER ACTIVEMENT AU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER ET À DOMICILE

LE VIRAGE PARTENARIAT PATIENT-FAMILLE

Le patient, les proches et les soignants partagent un objectif commun, celui de restaurer la santé, maintenir l'autonomie de la personne et favoriser son retour dans son milieu de vie. Pour cela, il faut informer, consulter, impliquer, collaborer, habiliter dans un partenariat intervenant patient.

Les processus à mettre en place sont :

- déterminer la gouvernance;
- déterminer un porteur de projet;
- former une équipe de travail multidisciplinaire;
- déposer un plan d'implantation au comité de régie et au C.A., dans la première année du plan stratégique.



L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE : LA DÉPRESCRIPTION

L'âge moyen des usagers admis en réadaptation à l'Hôpital Marie-Clarac est de 75 ans et plus. Ils ont plusieurs comorbidités et ils consomment, en moyenne, 14.15 médicaments lorsqu'ils sont admis à partir de l'hôpital orienteur.

L'établissement s'intéresse à l'approche adaptée à la personne âgée depuis quelques années. Il est maintenant temps de passer à l'action. De tous les volets de soins susceptibles de compromettre l'intégrité et l'autonomie de la personne âgée, il y a la polymédication. C'est aussi un enjeu économique important.

Les angles sous lesquels on propose d'aborder la polymédication sont les suivants :

- la définition de la polymédication;
- les prescriptions inappropriées;
- les interactions médicamenteuses.

Sous l'égide du CMDP, il faut mettre en place les démarches suivantes :

- désigner un porteur du dossier : tandem (médecin- pharmacien);
- définir un programme de réduction de la polymédication;
- déterminer des indicateurs de réduction de la polymédication;
- organiser de la formation sur l'utilisation des médicaments.

IMPLANTATION DE L'AUTOADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS SUR LES UNITÉS DE SOINS

Il est fort probable que la personne âgée admise à l'HMC utilise à domicile la dosette pour assurer la facilité de sa prise de médicaments. Tout au cours de l'hospitalisation, les médicaments sont fournis par les soignants. Cette façon de faire ne favorise pas l'autonomie de la personne âgée.

L'autoadministration doit être envisagée dans le contexte du virage partenariat patient famille.

Les processus à mettre en place sont les suivants :

- documenter auprès de l'usager et des proches, à l'admission, la façon de la prise des médicaments à domicile;
- déterminer une équipe "pharmacien-médecin-nursing" pour définir les diverses étapes de la mise en œuvre;
- initier une expérience pilote sur une unité de soins, visant un certain nombre de patients;
- définir des indicateurs de performance;
- définir une échéance de mise en place sur toutes les unités de soins.

L'exécutif du CMDP a des réserves quant aux difficultés de réalisation de cette mesure, mais il entend y collaborer.

L'ÉVALUATION ET LA RÉADAPTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE, EN PERTE D'AUTONOMIE, EN AMBULATOIRE, EN CONCERTATION AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU

Dans le nouveau Pavillon Mère Anselme Marie, l'établissement s'est doté d'espaces meublés prêts à accueillir en ambulatoire des personnes âgées, porteuses de maladies chroniques en perte d'autonomie, ainsi que des usagers porteurs de cancers maintenus à domicile.



Les objectifs visés par la mise en opération de cette clinique sont les suivants :

- éviter que les clientèles visées se présentent à l'urgence;
- favoriser le maintien à domicile;
- offrir un accès direct aux personnes âgées inscrites auprès du GMF de la clinique médicale Gouin, opérant dans le même pavillon;
- développer l'accès à des services médicaux spécialisés, telle la réadaptation;
- développer l'accès à la clientèle en soins palliatifs suivie par la Société des soins palliatifs du Grand Montréal;
- développer l'accès pour le service des soins palliatifs de l'HMC à une clinique visant l'évaluation de patients en préadmission et au suivi de patients à domicile, notamment avec le support d'une infirmière pivot.

Le programme clinique a été défini et déposé au MSSS.

La démarche projetée est la suivante :

- obtenir l'autorisation et le budget du MSSS;
- démarrer le volet évaluation et réadaptation de la personne âgée en perte d'autonomie avec les partenaires du réseau;
- définir des indicateurs de performance.

B. DOTER L'ÉTABLISSEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET PROFESSIONNELLES NÉCESSAIRES À LA CONTINUITÉ, À LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

Au cours des deux dernières années, nous avons réussi à augmenter les effectifs médicaux et à réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

La direction de l'établissement est particulièrement fière de ses effectifs médicaux et pharmaciens. L'hôpital dispose de 10 omnipraticiens (dont 6 évoluent à la fois en réadaptation et en soins palliatifs), d'un micro biologiste et d'un psychiatre, (tous deux consultants). Les effectifs en pharmacie méritent d'être consolidés, compte tenu des responsabilités multiples qu'assument les pharmaciens.



Notre objectif est d'abolir l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, notamment en soins infirmiers et ce, d'ici 5 ans, soit par l'application du plan d'attraction-rétention de l'établissement, ou par la reconnaissance de la valeur de nos employés (prix d'innovation, prix d'excellence).

C. DÉVELOPPER DES MÉCANISMES DE GESTION ET DE CONTRÔLE DE LA DURÉE DE SÉJOUR, DES DÉLAIS D'ADMISSION, NOTAMMENT PAR LA PLANIFICATION DU CONGÉ

Le processus actuel de congé et d'admission pose plusieurs difficultés et mène à la mise en place d'une analyse prospective portant essentiellement sur le processus au congé.

La difficulté de planification du congé est liée aux enjeux suivants :

1. L'implication de nombreux professionnels et la difficulté à œuvrer en interdisciplinarité.
2. Les nombreuses démarches internes et externes que nécessitent les congés.
3. Les changements survenant chez l'usager en cours d'hospitalisation compromettant la prévision du congé.
4. Une communication efficace entre les professionnels concernés.

Les directions cliniques concernées par la planification du congé veulent aplanir les difficultés liées aux processus et aux professionnels impliqués. L'absence de planification du congé provoque ce qui suit :

- un grand nombre de congés le même jour et par conséquent, un grand nombre d'admissions, ce qui nuit à la qualité des soins et services;
- l'impossibilité de planifier à l'avance les admissions, d'en informer les établissements orienteurs et de les distribuer sur cinq jours, plutôt que de toutes les planifier le même jour.

L'objectif visé est de mettre en place les recommandations apparaissant dans la grille d'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité.

L'indicateur utilisé : prévision du jour du congé dans la semaine où il doit survenir chez 80% des usagers.

D. ACTUALISER LE PLAN 2010-2015 DE MISE À NIVEAU DES INFRASTRUCTURES

La réalisation la plus importante du plan 2010-2015 a été la construction du nouveau pavillon Mère Anselme-Marie, abritant entre autres, les soins palliatifs, opérationnels depuis novembre 2014.

L'autre élément important de ce plan a été la relocalisation des directions et des services (finances, ressources humaines, informatique, soins infirmiers et l'admission). L'agrandissement des surfaces existantes a été réalisé pour la pharmacie, les archives, la nutrition clinique et la direction des services techniques.

La création de salles de bain et la rénovation des chambres ont dû être suspendues en raison du projet de construction. Le pavillon Marie-Clarac a 50 ans d'existence. Les signes de vétusté sont apparents à plusieurs endroits, tant à l'interne qu'à l'externe.

En 2014, l'établissement s'est fait retirer sa composante immobilière spéciale. Le budget déficitaire ne permet pas de marge de manœuvre pour les travaux nécessaires à l'amélioration des infrastructures.

Dans les cinq (5) prochaines années, l'établissement doit réaliser les travaux suivants :

- Ceux identifiés comme priorités 1 par la direction des services techniques, au montant de 1 640 000 \$.
- Ceux nécessaires à la reconfiguration du nombre d'usagers par unité de soins du pavillon Marie-Clarac afin de créer des unités en nombres sensiblement similaires.

Unité	Nombre de lits actuels	Nombre de lits visés
1B	43	48
1C	43	48
2B	58	48
2C	48	48

Les coûts approximatifs des travaux nécessaires sont estimés à 115 000 \$.

- La création d'un salon pour les membres du CMDP de l'établissement. Le local actuel servant de bureau de travail et de repos pour les médecins ne répond plus à leurs besoins. De plus, les pharmaciens n'ont aucun local attribué.

Les effectifs professionnels augmentent en raison du développement de soins et services.

- Des signes de dégradation sont apparents sur les corniches, tenant compte que ce pavillon existe depuis 50 années.

E. REVOIR LE PROCESSUS DE PLANIFICATION BUDGÉTAIRE

La situation financière de l'Hôpital Marie-Clarac s'est compliquée au cours des dernières années, en raison des facteurs suivants :

- la perte de certains revenus, tels que ceux de la composante immobilière spéciale et de la subvention d'alourdissement de la clientèle, pour un montant de plus d'un million de dollars, des coupures budgétaires survenues la même année en 2013;
- les modifications aux règles de financement des établissements privés conventionnés;
- l'intégration des coûts reliés au nouveau pavillon Mère Anselme-Marie, inauguré en novembre 2014 et dont les espaces ne sont pas tous occupés.

Les déficits annuels à gérer varient entre 500 000 \$ et 1 000 000 \$. La mise en place de diverses mesures finit par limiter le déficit à un montant acceptable autour de 300 000 \$ en 2014-2015 qui est épongé par l'avoir propre, la communauté des Soeurs de Charité de Sainte-Marie ou la Fondation. L'avoir propre est considérablement réduit parce qu'on y a pigé pour faire disparaître les déficits. Sans le support de la Fondation, le déficit deviendrait excessif.

Il est possible d'atteindre l'équilibre budgétaire aux conditions suivantes :

- l'optimisation de l'utilisation des ressources;
- l'obtention d'un budget adéquat;
- la vente de services;
- l'occupation des espaces inoccupés dans le pavillon Mère Anselme-Marie;
- la réorganisation des unités de soins.

F. CONSOLIDER LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

La direction de notre établissement, incluant toutes les personnes qui y travaillent, est préoccupée par la nécessité d'offrir des soins sécuritaires et de qualité aux usagers que nous soignons. Cette préoccupation se traduit par le biais des résultats que nous obtenons. Cependant, nous pouvons et nous devons faire mieux. Certaines mesures mises en place et d'autres nouvelles devraient nous permettre d'améliorer les résultats.

LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le contrôle des infections nosocomiales (C. Difficile) rencontre annuellement la cible fixée de moins de 25 cas et c'est une cible que le comité de prévention des infections reconduit, après considération des éléments susceptibles de la modifier.

L'enterocoque résistant à la vancomycine (ERV) pose un problème de gestion dans l'attente d'une position claire de la Santé publique, depuis 2 ans. Le dépistage et l'isolement coûtent cher pour le peu d'efficacité qu'ils génèrent. La position de l'établissement a mené à la proposition d'un projet pilote à la Santé publique, projet qui contribuerait à mettre en place l'approche de l'Hôpital St-Michaels de Toronto, soit de tester les patients à l'admission et au départ, sans les isoler. Cette proposition a été refusée.

Le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méticilline) constitue aussi une préoccupation de l'établissement et la prévention de la transmission est gérée de la façon suivante :

- le dépistage à l'admission, s'il n'a pas été fait par l'hôpital orienteur;
- l'isolement et le traitement des patients symptomatiques (v.g. plaie, infection urinaire);
- l'incidence est suivie par le tableau de bord du comité de gestion des risques et le comité de prévention des infections.



Hygiène des mains

La cible de conformité à l'hygiène des mains est de 80%, telle que fixée par le comité de prévention des infections et le comité de régie de l'établissement. Les audits (6 par année) révèlent un taux de conformité autour de 60%, ce qui est jugé non satisfaisant. Tel que recommandé par la campagne québécoise des soins sécuritaires, il est prévu de procéder à l'échantillonnage suivant des observations.

- Huit (8) séances d'observation de 20 minutes par jour, au cours d'au moins 7 jours différents par période financière, et ce durant un minimum de 1 à 2 périodes consécutives ou non par année. Un minimum de 200 opportunités ou plus doit être documenté.

Il faut mettre en place des mesures incitatives au lavage des mains pour atteindre le taux visé de 80%.

Hygiène & salubrité

Le tableau de bord de l'établissement comporte des cibles de propreté de 95% pour l'entretien des surfaces des unités de soins et elles sont habituellement respectées.

Prévention des chutes

À cause du profil gériatrique des usagers que nous admettons, nous sommes particulièrement préoccupés par l'incidence des chutes avec ou sans conséquence, dans les unités de soins en réadaptation.

Le plan stratégique 2016-2021 comporte un projet d'évaluation du risque de chute et des interventions à mettre en place pour en prévenir l'incidence. La direction des soins infirmiers et l'équipe de prévention des chutes du comité de gestion des risques travaillent en étroite collaboration pour atteindre les cibles du tableau de bord.



G. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE DE L'HMC, COMME MILIEU DE FORMATION

ENTENTE AVEC LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Depuis novembre 2014, notre établissement est reconnu comme milieu de formation en médecine familiale, dans les 2 programmes de soins qui sont offerts, soit les soins palliatifs et la réadaptation. Cette mission est fondamentale pour le futur de l'Hôpital Marie-Clarac. C'est un objet de fierté et d'enrichissement.

LES ENJEUX QUI NOUS CONFRONTENT POUR OFFRIR UN ENSEIGNEMENT DE QUALITÉ SONT LES SUIVANTS :

1) Le support du corps professoral.

Ce sont les mêmes médecins qui procurent les soins et qui prodiguent l'enseignement. L'établissement entend les supporter, notamment dans l'organisation du travail et la création d'un climat propice à la conciliation enseignement-soins.

2) Le développement d'un climat et de ressources propices à un enseignement de qualité.

L'Hôpital Marie-Clara reçoit déjà des stagiaires en réadaptation et en soins infirmiers. Il y a une tradition d'accueillir ces stagiaires depuis plusieurs années.

L'intégration de nouveaux stagiaires en médecine se situe dans un contexte très particulier.

- Les stages en réadaptation sont des stages en gériatrie. Les usagers admis dans ce programme ont plus de 75 ans, ont plusieurs maladies et prennent plusieurs médicaments. Il est important d'y développer l'approche adaptée à la personne âgée, notamment en relation avec la polymédication.
- Les stages en soins palliatifs s'inscrivent dans une grosse unité de soins (18 lits dans laquelle le mode de fonctionnement en est un d'interdisciplinarité.

L'intégration du stagiaire à l'équipe pour qu'il puisse atteindre les objectifs de son stage est un défi à relever compte tenu de la durée du stage, du contexte particulièrement exigeant des soins de fin de vie.

L'établissement veut se préoccuper de la mise en place des ressources nécessaires à un enseignement de qualité. On réfère, notamment aux salles de réunion; aux moyens audiovisuels; à la documentation; à un secrétariat de l'enseignement, qu'il faut créer.

3) La création d'un budget.

- Le contexte économique actuel difficile justifierait de décréter qu'il n'y a pas de budget disponible. Cependant, notre établissement ayant signé un contrat d'affiliation, veut participer financièrement, à l'intérieur de ses moyens, au développement d'un budget, dont le montant est à déterminer, lorsque le médecin coordonnateur de l'enseignement en aura défini les objectifs et les besoins.

H. ORIENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT RELATIVEMENT AUX SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

VISION DE L'ÉTABLISSEMENT RELATIVEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

Selon l'Association québécoise de soins palliatifs (AQSP), les soins palliatifs constituent l'ensemble des interventions nécessaires à la personne atteinte d'une maladie dont l'évolution compromet la survie, ainsi qu'à ses proches, afin d'améliorer leur qualité de vie en considérant les besoins de toutes dimensions. Tout comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Hôpital Marie-Clara croit que le soulagement de la douleur, des autres symptômes ainsi que de la souffrance psychologique et la réponse aux besoins psychosociaux et spirituels deviennent essentiels au cours de cette période de vie.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont organisés et offerts grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et ses proches. Celle-ci reconnaît :

- la valeur intrinsèque de chaque personne et ses proches comme une entité;
- la très grande valeur de la vie et le caractère naturel de la mort;
- la qualité de la vie telle que définie par la personne concernée et ses proches comme l'élément moteur des soins;
- la maladie et la mort comme des étapes de la vie où le potentiel de réalisation de chacun doit être soutenu et valorisé;
- le besoin de soulagement de la douleur et des autres symptômes;
- la compassion des intervenants comme attitude essentielle à la présence, à l'écoute et à l'action en communion avec la souffrance d'un patient ou d'un proche;
- la solidarité devant la souffrance comme élément de mobilisation de l'équipe;
- la participation et la collaboration de l'utilisateur et de ses proches à la prise de décision et aux soins dans la mesure souhaitée.

La famille ou les proches en soins palliatifs font référence à deux personnes ou plus qui sont en relation biologique, juridique ou émotionnelle.

Soins de fin de vie

L'Hôpital Marie-Clarac offre également les soins de fin de vie tels qu'exigés par la Loi concernant les soins de fin de vie. Concernant l'aide médicale à mourir, l'Hôpital Marie-Clarac s'engage à traiter toute demande et à trouver un médecin qui accepte de pratiquer l'aide médicale à mourir.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX VISÉS PAR LE PROGRAMME

Offrir aux personnes en fin de vie et à leurs proches la meilleure qualité de vie possible, aux plans physique, psychosocial, légal, moral et spirituel, dans un continuum de soins et de services intégrés.

OBJECTIFS PARTICULIERS POUR LA MISSION DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

- Soutenir l'utilisateur et ses proches dans cette dernière étape de la vie en offrant les soins et services requis selon une approche centrée sur la personne et ses proches.
- Soulager de façon optimale les symptômes, dont la douleur des personnes, en fin de vie.
- Orienter les usagers et/ou leurs proches vers les ressources de la communauté, lorsque nécessaire.
- Avoir une équipe interdisciplinaire qui intervient afin d'accompagner l'utilisateur, ses proches et les autres intervenants lors d'une situation complexe.
- Soutenir, informer et conseiller les intervenants qui œuvrent auprès des usagers et leurs proches.

**I. CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE DES SOINS PALLIATIFS**

Comme déjà exprimé, les soins palliatifs sont offerts en interdisciplinarité, dans un souci d'approche globale de la personne et de soutien des proches.

Les éléments suivants nécessitent des ajustements dans l'organisation des soins et dans la provision des ressources nécessaires :

- 1) Les enjeux budgétaires : il est important de respecter les budgets alloués.
- 2) L'application de la Loi sur les soins en fin de vie, notamment en ce qui concerne les directives médicales anticipées, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Une politique de quatre procédures rend possible notre conformité à cette loi.
- 3) La nécessité d'exposer les stagiaires à ce type de soins, dans le cadre des affiliations universitaires.
- 4) La difficulté à recruter des bénévoles.
- 5) La révision des descriptions de tâches de tout le personnel.
- 6) Le défi de l'ouverture éventuelle de 18 lits supplémentaires de soins palliatifs. Ce défi comporte un enjeu budgétaire important.
- 7) L'ouverture d'une clinique externe de soins palliatifs.



Hôpital
Marie-Clarac

