



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Hôpital Marie-Clarac

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 9 novembre 2017

Date de production du rapport : 21 décembre 2017

Au sujet du rapport

Hôpital Marie-Clara (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 novembre 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
Résultats détaillés de la visite	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Gouvernance	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	16
Processus prioritaire : Gestion des ressources	18
Processus prioritaire : Capital humain	19
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	23
Processus prioritaire : Communication	24
Processus prioritaire : Environnement physique	25
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	26
Processus prioritaire : Cheminement des clients	27
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	28
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	29
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	31
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service	34
Résultats des outils d'évaluation	36
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	36
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	40
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	42
Commentaires de l'organisme	44

Annexe A - Programme Qmentum	45
Annexe B - Processus prioritaires	46

Sommaire

Hôpital Marie-Clarac (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

Décision relative au type d'agrément

Hôpital Marie-Clarac a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 9 novembre 2017**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

1. Hôpital Marie-Clarac

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

5. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
6. Soins palliatifs et services en fin de vie - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	26	2	0	28
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	25	0	0	25
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	171	1	23	195
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	66	0	1	67
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	111	2	2	115
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	18	0	0	18
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	285	8	22	315
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	24	0	1	25
Total	726	13	49	788

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (94,1%)	2 (5,9%)	2	80 (97,6%)	2 (2,4%)	4
Leadership	49 (100,0%)	0 (0,0%)	1	93 (97,9%)	2 (2,1%)	1	142 (98,6%)	2 (1,4%)	2
Prévention et contrôle des infections	48 (98,0%)	1 (2,0%)	18	33 (100,0%)	0 (0,0%)	4	81 (98,8%)	1 (1,2%)	22
Gestion des médicaments	68 (100,0%)	0 (0,0%)	10	59 (98,3%)	1 (1,7%)	4	127 (99,2%)	1 (0,8%)	14
Réadaptation	40 (90,9%)	4 (9,1%)	1	76 (96,2%)	3 (3,8%)	1	116 (94,3%)	7 (5,7%)	2
Soins palliatifs et services en fin de vie	43 (100,0%)	0 (0,0%)	2	106 (100,0%)	0 (0,0%)	2	149 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Total	296 (98,3%)	5 (1,7%)	34	399 (98,0%)	8 (2,0%)	14	695 (98,2%)	13 (1,8%)	48

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'Hôpital Marie-Clara (HMC) est un centre de réadaptation et de soins palliatifs ayant un statut d'établissement privé conventionné appartenant à la communauté des Sœurs de Charité de Sainte-Marie. Elle a ouvert ses portes en 1965 avec une mission de soins de longue durée, de convalescence et de réadaptation physique.

Le conseil d'administration joue pleinement son rôle de gouvernance. Celui-ci est composé de sept (7) membres, dont quatre (4) sœurs de Charité de Sainte-Marie et trois (3) laïcs, nommés par la communauté des Sœurs de Charité de Sainte-Marie. Il est conforme aux exigences établies par la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux et a su mettre en place les processus nécessaires à son fonctionnement en adoptant des règlements, des politiques et procédures tout en s'assurant de leur mise en œuvre. Au-delà des processus et des activités du conseil, il faut noter la synergie et le niveau de confiance qui se sont développés entre les membres du conseil d'administration et la directrice générale qui est bien perceptible et favorise un bon fonctionnement. De plus, cette collaboration aide à l'obtention de soins et services de qualité profondément humains, et ce, dans un environnement sécuritaire pour des usagers ayant des besoins en réadaptation ou en soins palliatifs, tout au long de la trajectoire. Le conseil s'est pourvu de plusieurs comités, chacun possédant un mandat spécifique lié aux fonctions de la gouvernance, de la qualité et de l'éthique.

De nombreux partenariats ont été créés depuis son ouverture et l'Hôpital Marie-Clara (HMC) fait preuve d'un engagement et d'une détermination marquée à l'égard de la préoccupation des soins centrés sur l'utilisateur et la famille, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés à la population. Les membres du Conseil d'administration se sont d'ailleurs eux-mêmes engagés dans une démarche d'évaluation et d'amélioration du fonctionnement de la gouvernance. Ils transmettent des orientations claires pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement et font preuve d'un souci constant envers l'atteinte de résultats concrets dans l'offre de service de l'HMC. L'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la dispensation des soins et services sont des éléments incontournables dans la prise de décision du Conseil d'administration. Pour les membres du Conseil, les employés et les médecins de l'établissement sont des partenaires à part entière et de premier plan dans la mise en œuvre de l'offre de services.

Depuis la dernière visite, l'établissement a complété son exercice de planification stratégique 2016-2021, qui lui a permis d'identifier les enjeux auxquels il doit répondre d'ici les cinq prochaines années, et ce, avec l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement incluant des usagers et familles et des partenaires du réseau de soins et de services. Ces enjeux tiennent compte des besoins de la population et sont en cohérence avec les orientations ministérielles. Depuis 2014, l'établissement possède un nouveau pavillon «Mère Anselme Marie» comprenant 18 lits en soins palliatifs et se sont ajoutés 18 autres lits en 2016, faisant de l'établissement le plus gros centre en soins palliatifs au Canada.

Les partenaires communautaires et institutionnels du réseau des soins et des services se disent très satisfaits de l'excellente collaboration des équipes des programmes de l'HMC. Ils perçoivent beaucoup d'ouverture et un intérêt commun dans la mise en place et l'arrimage de services ou de ressources complémentaires, et ce, pour le bien-être de l'utilisateur et la famille.

De concert avec la direction, le conseil d'administration s'est impliqué activement dans l'élaboration de la planification stratégique 2016-2021 et de sa mise en œuvre. Des efforts ont été déployés pour définir les orientations stratégiques qui guideront l'organisation pour les cinq prochaines années. Le plan d'organisation a été revu. Des plans opérationnels par direction et le plan intégré de l'amélioration de la qualité permettent de faire le suivi de la planification stratégique avec la direction et les gestionnaires. Le Tableau de Bord, les états de situation et les rapports trimestriels sont transmis régulièrement au conseil. Lors des réunions du conseil, tous les comités font rapport de leurs activités et les directions de l'organisation viennent à tour de rôle présenter les dossiers connexes.

L'équipe de direction fait preuve d'un fort leadership dans la planification et la mise en œuvre des orientations et de l'offre de services de l'HMC. Elle met en place des mesures structurantes, garantes de l'atteinte des résultats escomptés. Les visiteurs d'Agrément Canada ont observé une grande mobilisation des équipes et ont constaté que beaucoup d'efforts ont été mis en place pour assurer le développement d'une culture de «Soins centrés sur l'utilisateur et la famille» à travers l'organisation. Les cadres de l'HMC font preuve de dynamisme et ont le souci d'améliorer leurs processus de soins et de services en impliquant les intervenants de leurs secteurs d'activités. La mise en place de politiques et de lignes directrices se fait avec rigueur et une culture d'évaluation des résultats est installée et évolue.

Les visiteurs ont perçu un véritable engagement à allouer des systèmes de gestion et de pratiques véritablement intégrés à l'ensemble de l'organisation en matière de ressources humaines. La vision consiste à développer l'expertise et les compétences à tous les niveaux de façon à créer une saine culture organisationnelle. Un plan de développement des talents a été élaboré et diffusé largement dans l'établissement.

Sur le plan de la main-d'œuvre, l'établissement a réussi à attirer de nouveaux professionnels de la santé et des médecins, ce qui lui a permis d'améliorer l'accessibilité à ses services et de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI). De nombreux bénévoles contribuent à créer un milieu chaleureux au niveau des soins palliatifs. Pour répondre aux nombreux défis qui s'annoncent dans les prochaines années, l'HMC a développé un plan d'attraction dans lequel est décrite la volonté de l'établissement de créer un environnement de travail où on a le souci des PERSONNES. Des communications transparentes et la tenue de réunions de service avec les employés contribuent au développement d'un climat de confiance à l'intérieur de l'établissement.

Bien qu'une politique d'appréciation de la performance des employés soit présentée, des efforts devront également s'accroître pour ancrer cette pratique de façon assidue. Dans les dossiers consultés, on note que l'appréciation de rendement est à géométrie variable.

Le personnel soignant dispense les soins avec empathie, humanisme, compassion et respect. Des programmes d'amélioration de la qualité, de gestion des risques, de prévention et de contrôle des infections, la prévention des chutes est bien en place, et est appliquée de façon uniforme dans les soins et les services de l'Hôpital Marie-Clarac.

En ce qui a trait aux soins et services, le développement des programmes et des pratiques professionnelles s'inspirent de bonnes pratiques reconnues dans la littérature, par exemple, le programme de chutes a été soumis à Accréditation Canada comme une pratique exemplaire.

La rigueur du processus pour le cheminement du client et l'efficacité de la trajectoire de service en réadaptation est à souligner. La réponse aux besoins des établissements référents, l'exigence du refus zéro et l'évolution des besoins de la clientèle apportent son lot de défis qui est relevé avec brio. Le déploiement du bilan comparatif des médicaments dans toute l'organisation est assurément une grande réussite.

Dans l'ensemble de l'HMC, les usagers sont satisfaits des soins et des services offerts et du suivi par les équipes soignantes. Ils mentionnent l'approche humaine des intervenants, le sourire, l'écoute et la prise en considération de l'utilisateur favorisant ainsi un climat positif et agréable. Le comité des usagers et le comité des soins centrés sur l'utilisateur et la famille sont très actifs et apprécient le soutien apporté par la direction de l'établissement. La culture de qualité et de la sécurité, de même que la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille, sont palpables à tous les niveaux de l'établissement. De plus, ils sont très engagés à réaliser leur mandat qui consiste à faire connaître les services, les droits de l'utilisateur et de trouver des réponses à leurs questions et inquiétudes. Ils apportent également une contribution importante aux comités sur lesquels leurs membres participent. Le comité des usagers et le comité des soins centrés sur l'utilisateur et la famille sont un pont efficace entre la direction de l'organisation et les usagers. Un guide d'accueil est disponible et remis à tous les usagers lors de leur admission.

L'approche Gamba de la haute direction auprès des usagers et du personnel est une initiative gagnante. Les résultats des sondages de satisfaction auprès des usagers indiquent un haut taux d'appréciation globale. Les résultats de sondage de satisfaction ont été largement diffusés à l'interne. Un nouvel outil «Expérience client» sera dorénavant remis aux usagers et familles visant à accroître davantage le niveau de satisfaction et l'amélioration des soins et des services, le cas échéant.

Plusieurs témoignages ont été reçus directement de la clientèle ou de leurs représentants pendant la visite d'agrément. L'ouverture, l'écoute, l'accessibilité de la direction générale et des gestionnaires, le sourire des intervenants, la sensation d'être une personne à part entière, l'intégration au niveau de la culture et des services ainsi que l'implication grandissante des usagers au sein des comités internes est bien appréciée et souhaitent que cela se poursuive.

Somme toute, les acteurs de tous les niveaux de l'organisation peuvent être fiers des réalisations accomplies depuis la dernière visite d'agrément. La tâche est immense, mais les compétences sont nombreuses pour y répondre. Le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des travaux en cours démontrent la volonté de l'établissement à poursuivre les soins centrés sur l'utilisateur et la famille, l'amélioration des services et à accroître sa préoccupation pour la sécurité des personnes. Nous encourageons l'établissement de continuer sur cette lancée. UN HÔPITAL À VISAGE HUMAIN. Bravo à toute l'équipe!

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
11.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
11.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration (CA) de l'établissement est formé de sept (7) membres fortement attachés à 50 ans d'histoire, profondément engagés à poursuivre les objectifs de qualité des soins et des services axés sur l'expérience client, la qualité, la sécurité et la performance.

Le conseil d'administration prévoit accueillir un nouveau membre lors de sa prochaine réunion afin de permettre une meilleure représentation de la communauté qu'il dessert et pour apporter au CA des compétences additionnelles, notamment en matière d'expérience client et au niveau des finances. À son arrivée, le nouveau membre du conseil aura l'opportunité de se familiariser avec les pratiques et les règles du conseil d'administration, avec toute la documentation nécessaire regroupée dans un cartable appelé communément «La trousse de l'administrateur du conseil d'administration».

Les membres du CA sont pleinement conscients de leurs rôles et responsabilités et départagent bien la gouvernance et la direction de l'établissement. Ils se réfèrent dans leurs activités et leurs décisions à un cadre d'éthique bien intégré. La composition du CA démontre un excellent niveau de compétences en lien avec ses responsabilités.

Le conseil d'administration porte une attention particulière au respect des droits des clients et ceci se démontre notamment avec l'adoption d'un cadre conceptuel d'éthique pour l'établissement et par l'adoption d'une charte des droits des clients qui a fait l'objet de discussions et de réflexions dans tout l'établissement ainsi que les valeurs.

Les membres du comité des usagers et du comité des soins centrés sur l'utilisateur et la famille de l'Hôpital Marie-Clarac participent à diverses activités qui en favorisent l'appropriation. La préoccupation des soins centrés sur l'utilisateur et la famille, la sécurité est omniprésente et est au cœur des activités du conseil, de l'ensemble des directions, du comité des usagers et du comité des soins centrés sur l'utilisateur et la famille pour les membres du CA et ils tiennent à s'assurer que c'est partagé par l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Il existe indiscutablement une bonne collaboration entre le conseil et la directrice générale. Le conseil d'administration suscite de façon alternative des présentations des diverses directions de l'organisation sur leurs activités et leurs projets, pour être mieux en mesure de les appuyer.

Lors des réunions du CA, les administrateurs consacrent une demi-journée et parfois une journée complète avec ou sans la présence des gestionnaires de l'établissement. De plus, une fois par année les membres du conseil et les directeurs se rencontrent en Lac-à-l'épaule, ce qui permet aux administrateurs du conseil de mieux comprendre et de valider la compréhension et le fonctionnement des soins et des services de l'Hôpital Marie-Clarac.

La gestion de la qualité est un point permanent à l'ordre du jour du conseil d'administration. Des rapports trimestriels sur la gestion de la qualité et la gestion des risques sont déposés au CA au moins quatre fois par année, un bilan annuel est déposé en fin d'exercice financier et diffusé par la suite dans l'ensemble de l'établissement. Le CA s'assure que chaque rapport d'événement qui identifie des risques pour l'utilisateur est pris en considération par une direction ou par un service pour en assurer le suivi. Les outils mis en place par le conseil et par la direction pour s'assurer du maintien de la gestion de la qualité sont adéquats et appropriés.

Le CA a un processus de décision qui lui permet de s'orienter vers des décisions éclairées et assumées par l'ensemble de ses membres. Le travail de ses comités, par exemple le comité de gouvernance et d'éthique, le comité d'audit, le comité de vigilance et de qualité et le comité de gestion des risques est utile à cet effet.

Le CA signifie clairement à la directrice générale ses attentes et dispose d'un processus annuel d'évaluation de son rendement en lien avec les orientations et les objectifs stratégiques.

La directrice générale informe régulièrement les membres du CA des changements qui surviennent dans l'environnement en leur donnant accès à plusieurs sources d'information et en favorisant les échanges sur ces changements. Le CA, par l'intermédiaire de l'équipe de direction, est très près de ses partenaires. Plusieurs activités de reconnaissance sont organisées et les membres du conseil y participent activement,

par exemple, l'inauguration des soins palliatifs. Une bonne collaboration est établie avec la Fondation Marie-Clarac.

Les indicateurs sont présentés au conseil dans un tableau de bord lui permettant de suivre l'implantation des orientations et des objectifs stratégiques.

Les défis majeurs entrevus par les membres du conseil demeurent l'équilibre budgétaire et la préoccupation de donner des soins humains à sa clientèle.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

L'Hôpital Marie-Clarac (HMC) repose sur une structure organisationnelle établie à partir de ses services. On y retrouve des programmes cliniques de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), de soins postsaigus, des soins palliatifs et des services de soutien. Le tout réparti dans cinq (5) directions: la direction générale, la direction des services professionnels et hospitaliers, la direction des services de réadaptation, la direction des soins infirmiers, la direction des ressources financières, humaines et informationnelles et la direction des services techniques.

L'usager est au centre des préoccupations de l'organisation. Sa philosophie de gestion est basée sur des valeurs telles que: sur la reconnaissance du droit aux services, à l'information, à la confidentialité, au respect de la vie, l'engagement à donner des soins et des services personnalisés sécuritaires et d'une grande qualité, l'humanisme dans l'approche, l'autonomie, l'équité, le respect des croyances, l'imputabilité, la reconnaissance du personnel, la participation de tous les membres de l'équipe de soins incluant l'usager et ses proches, ainsi que leur collaboration. Le choix des valeurs s'est fait dans une démarche où l'ensemble des équipes de l'organisation ont été impliqués ou ont été consultés et ce, à tous les niveaux.

Tout au long de la visite les visiteurs ont pu constater une réelle appropriation des valeurs. La mission de l'établissement a été également communiquée à tous les paliers.

Depuis la dernière visite, l'établissement a complété la réalisation de son plan stratégique 2010-2015. Un bilan a été réalisé en 2015 et on y retrouve les faits saillants et les enjeux qui ont contribué à l'élaboration de la planification stratégique 2016-2021, laquelle a été adopté par le conseil d'administration. Ce plan stratégique a été réalisé avec la participation du conseil d'administration, de la direction générale et des directions cliniques et de soutien. Une consultation a été faite auprès des équipes de l'HMC de même que le comité d'usager et des partenaires externes principalement le CIUSSS Est, le CIUSSS Nord, le CISSS de Laval, le CISSS de Lanaudière et le CISSS des Laurentides.

L'organisation s'est dotée de ressources nécessaires pour s'assurer d'avoir une connaissance très fine des particularités de sa communauté et de ses besoins de santé. Il utilise cette information recueillie pour définir la gamme de services et établir ses priorités en matière de besoins de santé actuels et futurs.

Le plan stratégique de l'établissement est imprégné des besoins actuels de la communauté et des priorités du gouvernement et des partenaires. Neuf (9) grandes orientations et objectifs se dégagent de la planification : le maintien de l'autonomie de la personne âgée en milieu hospitalier et à domicile,

dotation de ressources humaines et professionnelles nécessaires à la continuité, à la qualité et à la sécurité des soins et des services, des mécanismes de gestion et de contrôle de la durée de séjour, des délais d'admission notamment la planification du congé, actualisation du plan de 2010-2015 de mise à niveau des infrastructures, la révision du processus de planification budgétaire, la consolidation des mesures visant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, le développement de la mission universitaire, comme milieu de formation, l'orientation relativement aux soins palliatifs et de fin de vie et la consolidation de l'offre de services des soins palliatifs.

L'HMC est proactif dans l'analyse continue de son milieu pour cerner les changements et les nouveaux défis. Le personnel d'encadrement est soucieux de communiquer les orientations et les objectifs stratégiques à ses équipes respectives et s'assure de l'harmoniser avec les objectifs des directions. À partir des orientations et des objectifs stratégiques, des plans opérationnels ont été élaborés avec des objectifs précis et mesurables par direction. Ces objectifs ont été par la suite intégrés dans un plan d'amélioration de la qualité.

Le conseil d'administration et la direction sont bien conscients que le contexte socio-économique et la situation financière peuvent exiger des ajustements importants et le plan élaboré prévoit la souplesse voulue pour l'ajuster au besoin.

Le conseil d'administration siège au moins 6 fois par année, de manière régulière et reçoit des rapports bien informés sur l'avancement des plans opérationnels de chaque direction et du plan intégré de l'amélioration de la qualité.

La notion de partenariat est très imprégnée dans la culture de l'organisation, tant au niveau de la direction, du personnel d'encadrement que du personnel terrain, des usagers et des proches. Récemment, la notion expérience-client revêt toute son importance dans ce contexte et ce, à tous les paliers de l'Hôpital Marie-Clara (HMC). On encourage l'HMC de concrétiser son approche des soins centrés sur le client et la famille et de la faire connaître à l'ensemble de ses partenaires internes et externes.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'organisation dispose d'une planification financière décentralisée, incluant tous les mécanismes de la planification et du contrôle financier.

Toutes les politiques et les procédures financières sont en place et fonctionnent.

Une formation concernant l'utilisation du logiciel des finances «Logibec» a été donnée à tous les directeurs(trices) et les gestionnaires. Lors de l'arrivée d'un nouveau gestionnaire celui-ci est pairé avec la directrice ou la gestionnaire du secteur d'activités concernées et reçoit la formation concernant le processus de suivi budgétaire.

Les services financiers en collaboration avec l'équipe de direction et le conseil d'administration déterminent les besoins financiers de l'organisation et les risques potentiels.

La Fondation Marie-Clarac contribue financièrement lorsqu'il s'agit d'achat d'équipements cliniques destinés à l'utilisateur. Depuis la dernière visite elle a contribué significativement pour la construction du pavillon des soins palliatifs.

L'élaboration des budgets se fait selon un processus déterminé et connu. La directrice des ressources humaines prépare une analyse synthétisée, concise des activités financières lors de la présentation du rapport financier au conseil d'administration. Celle-ci est par la suite diffusée largement dans l'établissement.

Des outils de suivi sont utilisés pour assurer avec l'équipe de direction et l'information est communiqué au conseil d'administration qui estime avoir toute l'information dont il a de besoin pour décider.

Les principaux défis sont de continuer d'améliorer la performance malgré les cycles de compressions et assurer le maintien des actifs immobiliers malgré des ressources financières réduites. L'équilibre financier demeure un défi majeur.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

La direction des ressources humaines regroupe les activités suivantes: la dotation, le développement des talents et le développement organisationnel, les relations de travail, la rémunération, le service de santé et la liste de rappel.

Depuis la dernière visite, des efforts importants sont consacrés à revoir systématiquement les méthodes pour trouver les façons les plus efficaces de fournir les soins et les services. La direction des ressources humaines (DRH) a réalisé et mis en place un programme de développement des ressources humaines, un plan de gestion des talents, un programme reconnaissance incluant le prix «Coup de cœur» et le prix «Coup de génie» et le système d'entrevues de départ. La réduction d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) d'environ 10% et la réorganisation des quatre unités de soins en réadaptation permettant d'augmenter le nombre de chambre privée et de rétablir l'équilibre budgétaire a demandé des efforts au secteur des ressources humaines. La direction des ressources humaines dispose d'un plan de main-d'œuvre, en toute cohérence avec la planification stratégique de l'organisation, et fait l'objet d'un suivi. Il y a lieu de féliciter le dynamisme et l'innovation de cette direction.

Suite à l'analyse des risques, la DRH a identifié 12 événements dont 8 plaintes de violence psychologique ou verbale entre le 03 avril 2014 au 06 juillet 2017. Un suivi et un plan d'action a été mis en place avec les activités suivantes: affiche à certains endroits stratégiques violence tolérance zéro, révision du plan d'intervention en situation de «code blanc», rappel dans le journal Le Contact, «La civilité c'est l'affaire de tous».

La direction de l'établissement a décidé d'investir dans les services des ressources humaines de manière à ce que cette direction puisse mieux assumer son rôle de soutien auprès des gestionnaires et qu'elle puisse assurer un suivi des divers projets mis en place dans toute l'organisation. L'équipe des ressources humaines a subi au cours des dernières années deux changements au niveau du chef de services, des départs à la retraite, ce qui a apporté une certaine instabilité au niveau de l'équipe. Depuis quelques mois, une nouvelle chef de services est en place et bénéficie de la confiance de l'équipe et des gestionnaires dans l'organisation.

La direction des ressources humaines a défini ses buts et objectifs pour répondre aux orientations de la direction et ce, en cohérence avec les objectifs de la planification stratégique de l'organisation. La culture d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins une priorité de l'organisation et les valeurs de l'HMC guident le quotidien des membres de l'équipe. Les visiteurs perçoivent la mobilisation et l'engagement des ressources humaines à vouloir se démarquer et être les meilleurs. Le travail d'équipe est excessivement important pour l'équipe des ressources humaines dans le but de renforcer les liens avec l'ensemble des partenaires de l'HMC.

La formation ou le perfectionnement pour le personnel à des activités de formation est bien structuré et la DRH utilise une approche de collaboration avec les divers acteurs de l'établissement incluant les syndicats impliqués.

Lors de l'évaluation des dossiers du personnel, les visiteurs ont constaté que l'évaluation de la performance demeure une activité à géométrie variable dans l'établissement. Le personnel d'encadrement des ressources humaines mène de façon systématique des entrevues de départ et utilise les informations pour améliorer ou ajuster le service.

Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et à la portée de tous, précisant de façon explicite les attentes en regard de la prestation sécuritaire des soins et services. Le personnel rencontré lors du traceur administratif mentionne, la complicité, le soutien, l'engagement et la disponibilité du personnel d'encadrement des RH.

Un tableau de bord avec des indicateurs par exemple, le taux de MOI, taux des heures supplémentaires obligatoires, le taux d'assurance-salaire des activités des ressources humaines. Les résultats sont présentés au comité de régie, au conseil d'administration et diffusé par la suite dans l'organisation.

Le sondage sur le climat de travail a été complété et les résultats n'ont pas mis en évidence d'enjeux particuliers à adresser. Ce sondage a été communiqué dans l'ensemble de l'organisme. Un d'action a été immédiatement élaboré pour les éléments de non-conformités et une réévaluation sera refaite en 2019.

Le principal défi identifié par la direction concerne l'utilisation de la main d'œuvre indépendante (MOI).

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.	

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

L'établissement démontre un haut niveau d'intégration de la qualité dans la planification, l'organisation et la mise à oeuvre de ses services à la clientèle. La mobilisation de la direction et des employés autour de la vision qualité est réelle et facilement perceptible. Les témoignages des usagers confirment également ce constat.

L'établissement démontre un grand souci d'offrir des services de sécurité, ce qui est tangible à plusieurs niveaux de l'organisation.

Malgré que peu d'événements ayant des conséquences soit enregistré, l'établissement encourage et appuie la divulgation pour tout accident impliquant un usager. Il démontre un haut niveau de maîtrise concernant le processus de déclaration, qui s'arrime avec les différent secteurs pour établir les mesures correctives, notamment l'entretien des installations

L'établissement utilise une approche de gestion intégrée des risques, même si ce processus n'est pas encore formalisé. La diffusion et l'évaluation de la méthode de gestion des risques portent surtout sur la sécurité des usagers, et l'établissement devra poursuivre sa démarche pour couvrir d'autres natures de risques organisationnels.

Nous tenons à souligner le projet «prévention des chutes», qui est digne de mention comme mesure permettant d'améliorer la sécurité des services.

L'établissement démontre également une bonne maîtrise du BCM et l'engagement de l'équipe médicale est notable en ce sens.

Le déploiement des soins centrés sur l'usager et la famille se traduit par des actions concrètes. Le comité des usagers est également un partenaire engagé en ce sens. Nous appuyons l'établissement dans la poursuite de son plan d'action, dont les premiers résultats sont tangibles dans l'ensemble des secteurs que nous avons pu visiter.

Le CA assure un suivi régulier du tableau organisationnel ce qui permet d'être en mesure de suivre l'amélioration de la qualité et la performance. Il soutient la direction dans les efforts consentis à l'amélioration de la qualité.

L'établissement bénéficierait de mieux définir et descendre les indicateurs suivis au plan stratégique vers l'ensemble des secteurs cliniques, ce qui n'est pas harmonisé.

Quoique l'établissement n'a pas utilisé de sondage spécifique pour l'agrément, un processus de sondage continu est en place, soutenu par une politique. Les rapports sont analysés et suivis par le comité de direction. Un projet de révision du sondage est en cours, et portera davantage sur l'expérience patient.

En résumé, nous avons pu apprécier qu'il s'agit d'un hôpital à caractère humain.

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

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

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

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

Un cadre d'éthique est élaboré et diffusé à l'intérieur de l'organisation. Les valeurs sont affichées, connues et partagées autant par la direction que le personnel. Des audits seraient souhaitables pour valider l'appropriation au niveau des conduites du personnel sur le terrain.

Processus prioritaire : Communication

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

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

Ensemble de normes : Leadership

7.5 Un plan de communication porte sur la diffusion de l'information de l'organisme aux parties prenantes internes et externes et sur l'obtention de renseignements auprès de celles-ci.

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

L'établissement dispose d'un éventail d'outils pour assurer une bonne communication dans l'organisation incluant les politiques et les procédures dans un répertoire commun sur le site Web. Ces outils portent entre autre sur la gestion et l'utilisation de médias sociaux, l'affichage des informations en boucle sur les écrans téléviseurs qui diffuse des informations sur : l'incidence des infections nosocomiales, les résultats des audits sur le lavage des mains, la Fondation. Des journaux internes viennent compléter la diffusion de l'information à l'interne dans le journal Le Contact, l'Info-Agrément et l'Info-sécurité et autres. Plusieurs visuels sont très intéressants notamment : La mission, les valeurs et les soins centrés sur l'utilisateur et sa famille.

L'Hôpital Marie-Clarac a élaboré un cadre de référence de communication «Communiquer mieux pour mieux servir et bien répondre à l'interne comme à l'externe». On encourage le HMC de mettre en place un plan de communication concernant les priorités stratégiques de l'établissement.

L'organisme a accordé des ressources au service informatique de l'établissement qui supporte très bien sa mission et ses objectifs stratégiques. De plus, il s'en sert comme moyen pour donner un sens à l'action de toute son organisation et pour le transfert de connaissances.

Il existe un comité sur la gestion de l'information qui se réunit régulièrement. Les besoins de communication et d'information ont été estimés pour tous les publics et ce, à tous les paliers de l'organisation incluant les partenaires internes et externes. Le service est actif à monter des dossiers afin d'assurer le rayonnement des bons coups de l'établissement, par exemple, l'harmonisation des façons de faire des soins infirmiers et des médecins concernant la planification des congés des usagers.

Selon les personnes consultées, le défi demeure au niveau du triage de l'information et de bien cibler à qui est adressée l'information.

Les partenaires externes consultés mentionnent la facilité et la bonne collaboration dans leurs relations avec l'établissement Marie-Clarac.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le directeur des services techniques est fier de son équipe et du travail réalisé. Une équipe engagée et fière de ses accomplissements, consciente de l'importance de son rôle et de ses responsabilités pour limiter la transmission des infections dans le milieu, tant au niveau de la qualité que de la sécurité des travailleurs et de la clientèle desservie.

Depuis la dernière visite, plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer l'environnement physique, par exemple, poursuite du plan d'innovation et de réfection concernant des salles de bain pour se conformer aux normes du bâtiment. En 2017, il est prévu de rénover quatre (4) salles de bain additionnelles. On encourage l'établissement de poursuivre les rénovations amorcées.

Chaque préposé à l'hygiène et salubrité a une feuille de route attribuée à son secteur d'activité. Des évaluations régulières de l'environnement sont effectuées par le chef de services. Il existe des processus pour détecter, gérer et réduire les dangers et les risques dans l'environnement. L'équipe utilise les indicateurs de risque et les audits lors des rencontres pour s'améliorer et établir des plans d'action pour prévenir les incidents/accidents.

Le chef de service audite régulièrement depuis septembre 2017, les secteurs cliniques ou de soutien à l'aide d'un nouvel outil «Marquage à fluorescence». Outil donnant la capacité de valider l'hygiène et la salubrité des lieux. Les résultats obtenus permettent au responsable d'améliorer l'hygiène et la salubrité de ses secteurs, de faire de la rétroaction rapide et de s'en servir comme outil d'apprentissage pour l'équipe. Le service d'hygiène et salubrité est soucieux de protéger la qualité de l'environnement et comprend l'importance d'agir en amont. L'information qui porte sur l'environnement physique est partagée par la direction et prise en compte dans la planification stratégique. Les milieux visités sont propres. Les visiteurs mentionnent l'encombrement des aires de circulation dans les unités de soins de la réadaptation. Un comité sur l'encombrement dans les corridors est en place et dont le but est de réduire l'encombrement à l'HMC. On incite l'établissement de poursuivre ses efforts pour réduire l'encombrement des aires de circulation.

Une initiative concernant la mise sur pied d'un projet d'économie d'énergie et du développement durable est prévu pour la prochaine année. L'équipe visiteuse encourage l'HMC à poursuivre la démarche.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

L'établissement démontre une grande rigueur dans le suivi et la mise à jour de ce processus. Les modalités sont adaptées à son contexte, et les liens requis sont établis avec les partenaires concernés. Les mécanismes sont en place concernant d'éventuelles pandémies avec l'instance régionale concernée, la coordination est assurée avec le CIUSSS responsable de la sécurité civile de la région de Montréal ainsi que le service d'incendie à proximité.

Les risques sont connus, et des mesures sont identifiées. Par exemple, un projet de changement du système de chaufferie qui permettra de réduire les risques d'interruption. Le plan de continuité en cas de panne de système informatisé en nutrition clinique est à souligner.

La coordination entre les différents secteurs de l'établissement est en place lors de la gestion des éclosions.

Un exercice est réalisé trois fois par année selon un calendrier établi et suivi par le comité de planification des mesures d'urgence. L'évaluation des exercices et le suivi des correctifs sont très bien maîtrisées.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Les processus d'accueil et d'admission sont bien implantés et rigoureux. Malgré le fait que l'Hôpital Marie-Claraç reçoive un nombre important de nouvelles demandes quotidiennement de nombreux partenaires différents liés par entente, le cheminement du client est fluide et les corridors de communication sont bien établis. La gestion des congés assure une disponibilité rapide des lits pour les admissions.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Le personnel concerné par ce processus est engagé afin d'assurer des services de qualité pour la clientèle. Les activités sont bien établies afin d'atteindre les objectifs stratégiques au niveau de l'entretien préventif. La formation est donnée pour les nouveaux équipements au personnel.

Un programme d'entretien est en place, appuyé par un système informatisé, permettant de faire le suivi et la gestion des alertes en cas de défaillances répétées.

Le secteur est en mesure d'assurer un suivi de la cible prévu pour le temps consacré à entretien préventif.

L'établissement a plusieurs contrats avec des fournisseurs externes pour l'entretien. Toutefois, le contrat mériterait d'être bonifié, notamment afin de mieux définir les rôles et responsabilités des fournisseurs et des mécanismes de contrôle de qualité.

L'entretien des glucomètres, saturomètres et des appareils pour la tension artérielle est assumé par la personne responsable du service de la central de distribution et intégré au programme d'entretien préventif des équipements de la direction des services techniques.

Il n'y a pas de stérilisation et de retraitement dans l'établissement, car des fournitures jetables sont utilisées.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
15.5 Une procédure est en place pour régler les cas de désaccord qui surviennent au sein de l'équipe au sujet des ordonnances de médicaments.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le processus de gestion des médicaments est suivi rigoureusement et est bien implanté.

La recherche de données probantes et de meilleures pratiques est intégrée au quotidien.

La contribution du personnel de la pharmacie aux équipes de soins apporte une valeur ajoutée à l'interdisciplinarité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
7.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	
La prévention et le contrôle des infections est un processus transversal fortement implanté dans l'organisation ce qui contribue à une grande qualité de services à la clientèle.	

Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.3 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan de soins, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	
9.5 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision	
11.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.	!
11.5 L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
13.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Leadership clinique	
Il est encouragé de poursuivre l'implication de l'utilisateur et sa famille pour l'ensemble de ces critères.	
Les arrimages continus avec les partenaires référents pour assurer la fluidité du continuum de soins et services aux usagers sont exemplaires.	

Processus prioritaire : Compétences

Ce processus est conforme aux attentes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les professionnels ont une approche très humaine qui mise sur les forces de l'utilisateur. Il serait important de considérer davantage l'apport du client et sa famille dans les différentes étapes du processus de réadaptation.

Le partenariat avec l'utilisateur et sa famille devrait notamment être plus présent dans le cadre de l'évaluation et de la consignation des résultats. Actuellement, les objectifs et les résultats attendus sont déterminés davantage par le professionnel. Le partenariat avec l'utilisateur et la famille est présent davantage lors de situations difficiles. Cette pratique devrait être étendue à tous les usagers.

Toutes les POR sont présentes. Mentionnons le bilan comparatif des médicaments qui est implanté et présent dans les dossiers des usagers. Quant à l'utilisation d'au moins deux identifiants uniques à la personne, il serait requis de valider son application sur le terrain.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les notes en physiothérapie et en ergothérapie ne sont pas déposées en temps réel au dossier de l'utilisateur et les évaluations initiales des usagers par l'infirmière sont conservées dans un cartable. Malgré les problèmes logistiques mentionnés, toutes les informations concernant l'utilisateur doivent être consignées et déposées à son dossier pour assurer une information juste et complète.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La gestion des risques est proactive et assure la sécurité des usagers.

La présence de stagiaires contribue à la mise à jour des données probantes et des meilleures pratiques. Par contre, il n'y a pas de procédure normalisée pour le choix des lignes directrices.

Les projets en amélioration continue de la qualité, le choix des indicateurs, la définition de cibles à atteindre et l'illustration par tableaux de bord de l'évolution du plan d'action contribueraient à formaliser le cycle de l'amélioration continue de la qualité et de la performance.

Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Leadership clinique	
Tous les critères de ce processus prioritaire sont répondus de façon remarquable. Tout est réfléchi et répondu à partir des besoins de l'utilisateur et sa famille.	
Processus prioritaire : Compétences	
Un processus rigoureux et formalisé est en place pour assurer la compétence du personnel.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
Les soins sont empreints d'humanisme et de respect, centrés avant tout sur le bien-être de l'utilisateur et sa famille. Le travail interdisciplinaire est présent et les médecins sont bien intégrés à l'équipe. Toutes les POR sont implantées. Des audits sont requis pour valider l'utilisation d'au moins deux identificateurs uniques à la personne.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
Ces processus sont respectés et bien implantés.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le programme est conçu en fonction des données probantes et des meilleures pratiques. Les tournées intentionnelles pour la prévention des chutes sont novatrices.

Les projets en amélioration continue de la qualité, le choix des indicateurs, la définition de cibles à atteindre et l'illustration par tableaux de bord de l'évolution du plan d'action contribueraient à formaliser le cycle de l'amélioration continue de la qualité et de la performance.

Résultats des outils d'évaluation

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

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 3 mars 2016 au 28 février 2017**
- **Nombre de réponses : 1**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	92
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	0	0	100	69
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	0	100	83

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	100	0	0	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	100	0	0	91
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	0	0	100	73
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	64

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	100	0	0	56
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	83
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	100	0	0	40
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	0	0	100	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	90
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	74
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	86
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	80
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	71
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	0	100	84
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	92

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	90
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	0	100	84
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	83

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	0	100	74
34. La qualité des soins	0	0	100	77

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

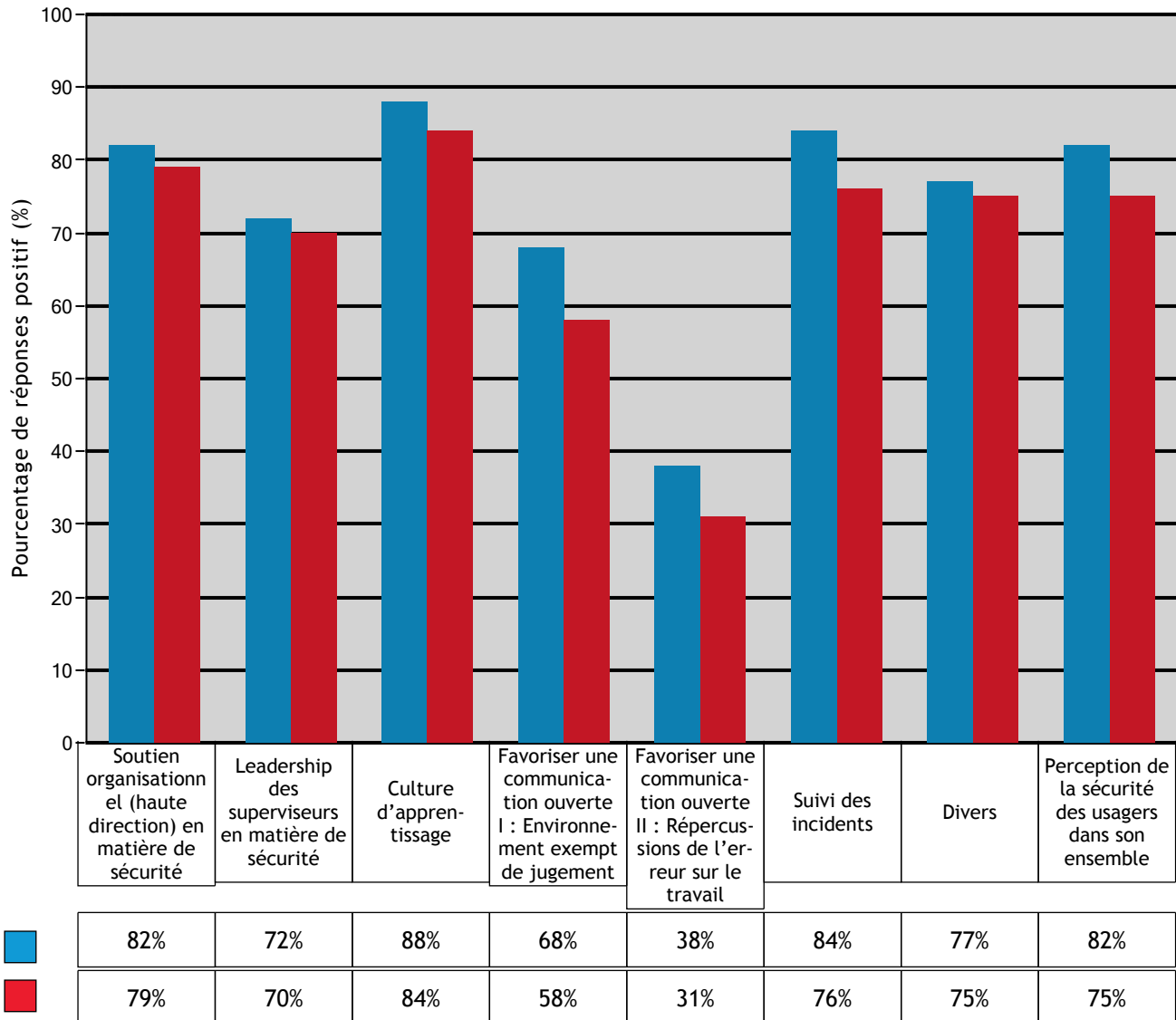
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 3 mars 2016 au 7 février 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 174**
- **Nombre de réponses : 194**

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



Légende

- Hôpital Marie-Clarac
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

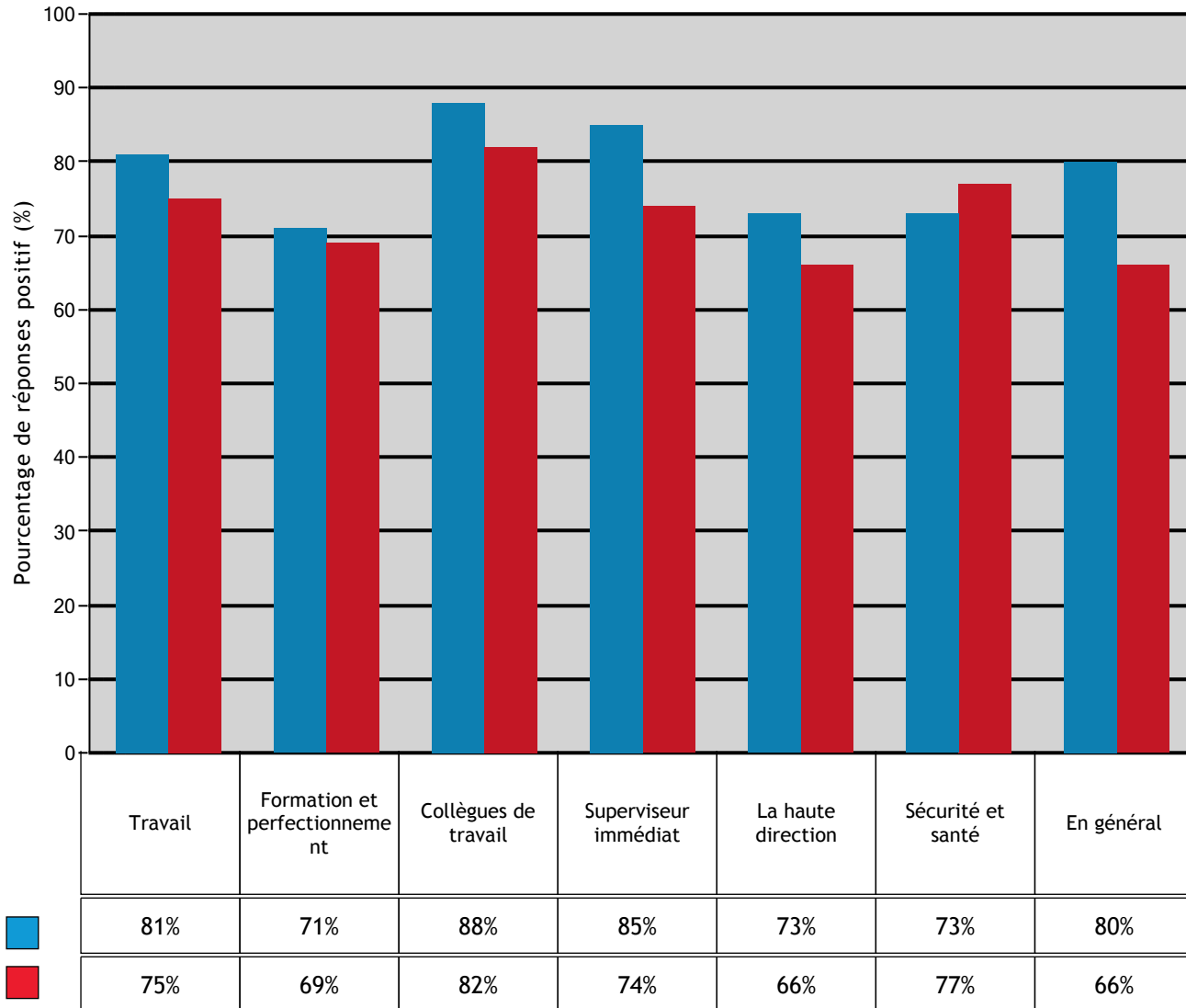
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 3 mars 2016 au 7 février 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 200**
- **Nombre de réponses : 260**

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



Légende

- Hôpital Marie-Clarac
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

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

Nous croyons que les constatations des visiteurs reflètent de façon adéquate les succès, les accomplissements et les défis de l'établissement. Leurs commentaires permettent de mieux cerner les améliorations à apporter et d'avoir une vision plus complète des enjeux de qualité et de sécurité. L'établissement accordera les efforts nécessaires afin d'améliorer les normes qui n'ont pas été rencontrées au moment de la visite.

Nous poursuivons notre engagement envers l'amélioration de la qualité et de la sécurité de nos usagers.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.