



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Hôpital Marie-Clarac

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 14 au 17 novembre 2022

Date de production du rapport : 14 décembre 2022

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 2022. 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

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

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	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	18
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	22
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	24
Processus prioritaire : Cheminement des clients	25
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	26
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	27
Ensemble de normes : Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service	33
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	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

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 14 au 17 novembre 2022**

- **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. Gouvernance
2. Leadership
3. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

4. Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) - 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. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
4. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

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.)	28	0	0	28
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	24	0	0	24
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	177	0	28	205
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	62	5	0	67
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	106	5	4	115
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	16	2	0	18
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	289	2	23	314
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	0	0	25
Total	727	14	55	796

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	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Leadership	48 (98,0%)	1 (2,0%)	1	95 (100,0%)	0 (0,0%)	1	143 (99,3%)	1 (0,7%)	2
Prévention et contrôle des infections	51 (100,0%)	0 (0,0%)	16	33 (100,0%)	0 (0,0%)	4	84 (100,0%)	0 (0,0%)	20
Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021)	82 (100,0%)	0 (0,0%)	18	43 (100,0%)	0 (0,0%)	7	125 (100,0%)	0 (0,0%)	25
Réadaptation	39 (88,6%)	5 (11,4%)	1	77 (97,5%)	2 (2,5%)	1	116 (94,3%)	7 (5,7%)	2
Soins palliatifs et services en fin de vie	40 (90,9%)	4 (9,1%)	1	104 (98,1%)	2 (1,9%)	2	144 (96,0%)	6 (4,0%)	3
Total	310 (96,9%)	10 (3,1%)	37	388 (99,0%)	4 (1,0%)	15	698 (98,0%)	14 (2,0%)	52

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	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			
Identification des usagers (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))	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 (Pour les visites de 2021))	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))	Conforme	4 sur 4	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 : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
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

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			
Prévention des plaies de pression (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1

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), situé dans l'arrondissement de Montréal-Nord, a été fondé en 1965 par la communauté italienne des Sœurs de Charité de Sainte-Marie. Cet établissement privé conventionné à but non lucratif détient un statut de « Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de courte durée ».

L'hôpital compte 228 lits, dont 118 lits de réadaptation fonctionnelle intensive, 74 lits de soins post-aigus, et 36 lits de soins palliatifs. L'ajout de 18 lits en soins palliatifs en 2016 fait de l'HMC comme le plus important centre de soins palliatifs au Canada. Au fil des années, l'HMC a développé une solide expertise dans les domaines de réadaptation, de soins post-aigus, et de soins palliatifs. Par ce fait même, l'organisation se positionne comme partenaire stratégique et privilégié pour le développement du continuum de soins de services afin de répondre aux besoins de la population en matière de services post-hospitaliers et soins palliatifs.

L'HMC offre également les soins de fin de vie incluant la sédation palliative continue. Toutefois, la clientèle est informée avant l'admission que l'aide médicale à mourir n'est pas une pratique offerte, mais que si une demande à cet effet est formulée par un usager lors de son hospitalisation, des mécanismes sont en place avec un partenaire d'un établissement de santé public pour répondre à cette demande.

L'établissement dessert la clientèle de la région de Montréal et de sa couronne nord et travaille en partenariat étroit avec 3 CIUSSS de l'île de Montréal ainsi qu'avec les CISSS de Laval et de Lanaudière. Depuis la dernière visite d'Agrément en 2017, il y a eu la pandémie COVID en 2020 qui est venue fragiliser l'ensemble de la population et les établissements du réseau de la santé. Plusieurs usagers et employés ont été atteints de la COVID. Lors des différentes vagues vécues, une mobilisation engagée des équipes à tous les niveaux ainsi qu'un travail concerté des équipes ont permis de minimiser les impacts de la pandémie aux usagers et familles. Toutefois, l'établissement a connu une réduction dans la capacité hospitalière en raison de la pandémie, la pénurie de personnel et un manque d'effectifs médicaux.

De plus, deux (2) nouveaux directeurs, dont la directrice des soins infirmiers et le directeur des services techniques sont nouvellement entrés en poste dans les six (6) derniers mois.

Selon des critères spécifiques, des ententes ont été conclues entre l'Institut de cardiologie de Montréal en 2018 et le Centre universitaire de santé McGill en mai 2022 pour accueillir la clientèle francophone porteuse d'un cœur mécanique.

En collaboration avec l'hôpital Mont Sinaï et le MSSS, l'établissement a mis en place en mars 2021 un programme de télé-réadaptation pulmonaire.

L'HMC prône une gestion participative favorisant le travail d'équipe, l'interdisciplinarité, la transparence, et la décentralisation. De plus, la création de liens étroits et une bonne collaboration entre les différents partenaires du réseau de la santé font preuve d'un engagement soutenu de l'établissement et assurent une complémentarité et la continuité des soins pour répondre aux besoins de la clientèle.

En février 2022, grâce à un don de la fondation de l'HMC, des téléviseurs haute définition ont été installés pour chaque usager afin de leur offrir le service de télévision gratuit avec la disponibilité de 24 canaux et un canal maison.

Dans la dernière année, l'HMC a amorcé et complété les réflexions sur le nouveau plan stratégique 2021-2026 qui s'inscrit dans la continuité du plan stratégique 2016-2021. Ce plan est le fruit d'une démarche participative et structurée qui a mis à contribution des consultations auprès de 150 participants incluant les usagers, membres de familles, bénévoles, employés, représentants syndicaux, médecins, et partenaires institutionnels. De plus, deux consultants externes ont accompagné l'organisation dans cette démarche de la planification stratégique.

Cette approche consultative a favorisé une participation active à tous les niveaux dans une perspective d'engager tous les acteurs concernés dans cette démarche importante afin de solliciter leurs réflexions et suggestions sur les forces, zones d'améliorations, opportunités, et défis de l'organisation. Ceci a permis de déterminer et d'identifier les orientations prioritaires 2021-2026. Le plan stratégique est aligné sur la mission, la vision et les valeurs fondamentales de l'organisation. Les valeurs sont libellées sous forme d'un acronyme mnémotechnique (RICHE) : Respect, Innovation, Collaboration, Humanisme, et Engagement.

L'enjeu majeur de l'organisation demeure l'attraction, le recrutement, et la rétention du personnel. Des démarches ont déjà été entamées avec des consultants externes pour accompagner l'organisation à développer une image de marque pour l'attraction de personnel. De plus, dans le plan de communication organisationnelle 2022-2025, le développement de la marque employeur a été amorcé avec la firme Maestro Communications afin d'aider l'organisation à se positionner comme employeur de marque et ainsi favoriser l'attraction de nouveaux employés et la rétention du personnel.

Le manque d'effectifs médicaux est un autre enjeu qui a également contribué à la diminution de la capacité hospitalière. Un chasseur de têtes a été mandaté par la direction générale pour le recrutement d'effectifs médicaux. Cette stratégie s'avère prometteuse avec le recrutement potentiel d'un médecin qui permettra la réouverture de 6 lits de soins palliatifs d'ici la fin de 2022.

Le défi pour l'organisation demeure le maintien d'une offre de service optimale malgré la pénurie de main-d'œuvre et des effectifs médicaux.

Le temps consacré à des tâches plus cléricales par les équipes de professionnels est un autre enjeu organisationnel. Le développement et le rehaussement de logiciels informatisés permettront aux équipes cliniques d'accéder à des outils informatisés et réduiront la transcription manuelle d'information et le risque d'erreurs. De plus, ceci permettra une gestion plus efficace du temps et plus de temps à consacrer auprès des usagers. L'organisation est consciente de cet enjeu et un projet pour le déploiement de 2 formulaires, le FADM et le SSSS est en cours de réalisation d'ici la fin de 2022.

La direction travaille activement avec l'ensemble des équipes afin de s'assurer des bonnes pratiques. En effet, divers processus d'audits sont réalisés et les résultats sont partagés au personnel dans un but d'améliorer les pratiques. L'organisation est encouragée à développer le volet de la tenue des dossiers d'usagers, et ce, pour l'ensemble des professionnels et les soins infirmiers.

L'utilisateur fait partie prenante de son cheminement lors de son épisode de service, tant au volet de la réadaptation qu'en soins palliatifs. Les équipes démontrent une volonté de travailler afin de répondre aux objectifs de l'utilisateur. Malgré cela, il demeure le défi d'impliquer davantage l'utilisateur et ses proches dans la réalisation de son plan d'intervention.

Nous constatons que plusieurs comités de l'établissement ont tenté de maintenir une assiduité dans leurs travaux en période de pandémie. Nonobstant cela, certaines activités ou des éléments de leurs mandats ont dû être mis de côté. Il en va de même pour le développement de nouvelles pratiques ou de formation. Nous constatons une motivation des équipes de reprendre les activités délestées en temps de COVID, mais l'inquiétude demeure sur la capacité de réaliser de tels projets dans un contexte de pénurie de personnel.

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.

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Le Conseil d'administration (CA) de l'HMC est formé de sept (7) membres nommés par la Congrégation des Sœurs de Charité de Sainte-Marie incluant le directeur général. Parmi ces membres, la majorité doit être membre de la congrégation religieuse et au minimum deux (2) membres doivent être indépendants.

Considérant le statut privé de l'établissement appartenant à une congrégation religieuse, le recrutement et la sélection du DG ainsi que le plan de relève sont déterminés et approuvés par la congrégation et entérinés par le CA.

Lors de la visite, nous avons rencontré six (6) membres engagés et dévoués à poursuivre la mission de l'hôpital d'offrir des soins et des services spécialisés de qualité dans un environnement sécuritaire empreint d'humanisme et de compassion. Le cadre conceptuel en matière d'éthique est respecté par les membres. Les rôles et responsabilités sont partagés dans les dossiers traités en tenant en considération les compétences et champs d'expertise des membres. Deux sous-comités sont en place, soit le comité d'audits et le comité de gouvernance, présidé respectivement par des membres avec des compétences en finances et gestion. Le CA suit un processus lui permettant d'évaluer régulièrement son rendement et son efficacité. Il cerne les possibilités d'amélioration et y donne suite.

Les membres expriment une bonne synergie d'équipe avec des communications fluides, ouvertes et transparentes. Il existe une très bonne collaboration entre le CA et la directrice générale de l'établissement.

Les membres ont souligné l'excellente qualité de la documentation transmise par la directrice générale avant la tenue d'une réunion du CA.

Le CA reçoit les rapports trimestriels sur le plan de gestion intégrée de la qualité et le plan de gestion des risques. Il fait des recommandations et en assure le suivi. Des rapports sommaires sur les plaintes des usagers et de leur famille sont soumis au CA avec les recommandations et mesures mises en place pour donner suite à la plainte.

Le CA a participé activement à la démarche de l'exercice de planification stratégique 2021-2026. Une offre de service a été conclue avec une firme externe à l'automne 2022 pour une formation sur la gestion intégrée des risques. La formation a été offerte aux membres du CA en fin octobre 2022.

Le CA a collaboré étroitement avec la directrice générale pour établir, mettre en œuvre, et évaluer un plan de communication. Ce plan de communication organisationnelle 2022-2025 a été élaboré sur le cadre de référence de communication en place. Des objectifs réalistes et mesurables ont été ciblés portant sur l'optimisation de la communication interne et la communication externe. De plus, le développement de la marque employeur a été amorcé avec la firme Maestro Communications afin d'aider l'organisation à se positionner comme employeur de marque et ainsi favoriser l'attraction de nouveaux employés et la rétention du personnel.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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) dispose d'un plan stratégique et opérationnel 2021-2026 qui s'inscrit dans la continuité du plan stratégique 2016-2021. Ce plan est fondé sur une approche centrée sur la personne et ses proches avec une philosophie axée sur la dimension humaine. Il est aligné sur la mission, la vision, et les valeurs fondamentales de l'organisation. Les valeurs sont libellées sous forme d'un acronyme (RICHE) : Respect, Innovation, Collaboration, Humanisme, et Engagement. L'organisation se caractérise comme un chef de file en réadaptation et en soins palliatifs par une approche humaine et innovante au cœur des besoins de la clientèle.

Dans l'exercice de la planification stratégique, un regard collectif a été porté sur l'environnement interne et externe de l'organisation permettant d'identifier les forces et faiblesses ainsi que les défis et opportunités qu'ils présentent. Le plan est le fruit d'une démarche participative et structurée qui a mis à contribution des consultations auprès des usagers, familles, bénévoles, employés, médecins, représentants syndicaux et partenaires externes. Deux consultants externes ont également accompagné l'organisation dans cette démarche.

L'information des consultations effectuées a été recueillie par diverses méthodes, telles que des groupes de discussion?; sondages?; et par l'entremise du comité des usagers. Une analyse plus approfondie découlant des informations recueillies a permis d'identifier 6 enjeux prioritaires avec des axes d'interventions et des orientations stratégiques. À partir des orientations et objectifs stratégiques, des plans opérationnels par direction ont été élaborés avec des objectifs précis et mesurables pour chaque direction. Les objectifs établis par direction sont consolidés et s'inscrivent dans le plan intégré d'amélioration de la qualité dont des suivis trimestriels sont faits avec des tableaux de bord et présentés au comité de direction et au conseil d'administration. Le conseil est tenu informé des progrès et de l'avancement des plans opérationnels de chaque direction ainsi que du plan intégré d'amélioration de la qualité.

Le plan stratégique 2021-2026 a été diffusé et partagé avec l'ensemble du personnel à l'interne ainsi qu'aux partenaires externes. Il est également accessible sur le site Web de l'établissement.

L'HMC repose sur une structure organisationnelle établie à partir de services, dont certains sont réunis autour de programmes cliniques et d'autres regroupés en services de soutien. La notion de soins centrés sur la personne et ses proches ainsi qu'une approche de partenariat usager/famille sont très inculquées dans la culture de l'organisation et à tous les niveaux. Étant une organisation de petite taille et qualifiée de familiale par les employés, l'ambiance chaleureuse et la dimension humaine sont très palpables. Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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)

Les services financiers travaillent en étroite collaboration avec l'équipe de direction et le conseil d'administration pour déterminer les besoins financiers de l'organisation. Les besoins en matière de ressources humaines et achats d'équipements sont pris en considération dans l'exercice annuel de planification budgétaire. La Fondation de l'HMC contribue au financement d'achats d'équipements, projets de rénovations, autres matériels destinés au bien-être de l'utilisateur.

Le budget annuel est approuvé par le CA et ensuite distribué aux directeurs. Les suivis périodiques budgétaires sont décentralisés et suivis à même chaque direction. Chaque direction est imputable de son budget. Des outils de gestion budgétaire sont en place pour assurer le suivi périodique. Le CA est tenu informé des résultats des analyses budgétaires périodiques. Les rapports et les autres renseignements sur le rendement financier, tels que les risques concernant la situation financière de l'organisation, sont transmis au CA.

Des politiques et procédures financières sont en place. Une formation est offerte aux nouveaux gestionnaires sur le processus du suivi budgétaire et l'utilisation du logiciel LogiBec. Les services financiers assurent la production de rapports financiers conformément aux exigences de la loi.

L'organisation se retrouve dans une situation financière saine en raison de la diminution de la capacité hospitalière due à la pénurie de main-d'œuvre et le manque de ressources médicales.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
10.11 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisation compte environ 450 employés et 14 médecins. Un des enjeux organisationnels demeure l'attraction, le recrutement et la rétention d'une main-d'œuvre qualifiée et compétente. Étant un établissement privé conventionné, l'HMC est en compétition avec des établissements de plus grande taille tels que les CIUSSS et CISSS qui offrent des salaires plus avantageux. Face à cet enjeu important de pénurie de main-d'œuvre, l'organisation a investi dans les services d'une firme externe de consultants pour les accompagner à développer une image de marque pour l'attraction de personnel.

L'organisation compte environ 20 postes vacants dans la catégorie de professionnel syndiqué incluant un poste cadre de chef de service en ergothérapie qui est vacant depuis un (1) an suite au départ à la retraite. Les postes syndiqués vacants sont des postes principalement sur les quarts de soirs et de nuits qui sont moins populaires et attrayants. L'organisation fait recours aux agences de personnel pour la main-d'œuvre indépendante pour combler les besoins de personnel.

Dix dossiers d'employés avec divers titres d'emplois et années de service dans l'organisation ont été consultés lors de la visite. Nous constatons que les dossiers sont bien structurés et organisés et l'information est classée selon un système qui est facile pour la traçabilité des documents.

Deux profils de postes ont été consultés avec une date de révision de 2018 et 2019 respectivement. Les rôles et responsabilités sont clairement définis incluant le volet en matière de sécurité pour la prestation de soins et services. Lors de la journée d'accueil d'un nouvel employé, une pochette d'accueil contenant des documents et pamphlets tels que le code d'éthique et la prévention de la violence en milieu de travail est remise aux employés. Nous encourageons l'organisation à mettre à jour les profils de postes aux 2 à 3 ans et selon le besoin, et considérer l'inclusion du profil de poste dans la pochette d'accueil du nouvel employé.

Dix dossiers d'employés avec différents titres d'emplois et années de service ont été consultés et nous constatons des évaluations de rendement dans 4 dossiers en date de 2009 à 2015 dont une employée ayant 4 évaluations annuellement de 2011 à 2015. L'employé participe au processus en complétant une auto-évaluation au préalable avant la rencontre avec son supérieur immédiat. Nous avons également retrouvé dans un dossier une évaluation en période de probation. L'organisation dispose d'une politique d'évaluation d'appréciation de rendement du personnel sur une base annuelle pour les cadres et sur une base annuelle ou minimalement aux deux (2) ans pour les employés syndiqués. Les évaluations des cadres les évaluations de rendement du personnel syndiqué selon la politique en vigueur.

Les entrevues de départ sont réalisées via un sondage Monkey Survey depuis 2021. Ce changement a été instauré suite au constat d'un faible taux de présence des employés pour les rendez-vous des entrevues de départ.

Des activités de formation, perfectionnement, et mise à jour des connaissances et compétences ont été offertes sur une base régulière aux différents titres d'emplois de personnel clinique avec un registre de présence à l'appui. Différents thèmes ont été ciblés pour répondre aux besoins de formation identifiés tels que : Formation OMEGA pour Code Blanc?; RCR?; prévention des chutes?; et hygiène et lavage des mains.

Le personnel administratif rencontré exprime n'avoir reçu que peu ou aucune formation de perfectionnement. L'organisation est encouragée à identifier les besoins de formation pour le personnel administratif et de prévoir des activités dans le plan de développement des ressources humaines.

Des plans d'action découlant des résultats des sondages de qualité de vie au travail et la culture de sécurité des usagers ont été élaborés avec des pistes d'amélioration et des indicateurs de suivis pour évaluer le suivi des réalisations.

Un local a été récemment dédié pour les employés avec 6 postes informatiques qui leur permettra de faire des formations en ligne. Un PAB occupe le rôle de coach PDSB pour les formations PDSB des nouveaux employés et pour le coaching et accompagnement auprès des équipes pour renforcer les bonnes pratiques en matière de sécurité.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Une culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la clientèle est bien inculquée et palpable à tous les niveaux dans l'organisation. Nous constatons une mobilisation et un engagement soutenu de la part de tous les employés favorisant une culture organisationnelle axée sur la qualité. L'organisation prône et est toujours à l'affût des meilleures pratiques fondées sur la recherche et les données probantes en matière de soins de réadaptation et de soins palliatifs.

Un plan d'amélioration intégré de la qualité est en place et il cible des objectifs d'amélioration et un suivi avec des indicateurs de résultats. Des rapports trimestriels sont présentés au conseil d'administration et le conseil est tenu informé du progrès et de l'avancement des réalisations du plan d'amélioration intégré. Le comité de gestion des risques assure le suivi d'indicateurs relatifs à la prestation sécuritaire des soins et des services, notamment, les incidents et les accidents, les processus relatifs à l'administration sécuritaire des médicaments, la gestion et la prévention des chutes et les taux d'infections nosocomiales.

Un calendrier pour divers audits, tels que l'hygiène et le lavage des mains, les taux d'infections, et le risque de chutes est en place et le personnel participe au processus d'audits. Les résultats découlant des audits ainsi que les plans d'actions et suivis sont partagés avec les équipes.

Une analyse prospective portant sur le maintien et l'entretien de la perméabilité des cathéters veineux de type PICC-Line à l'admission a été effectuée au cours de l'année 2021-2022. Une grille d'analyse des modes de défaillance, de leurs effets, et de leur criticité a été mise en place avec des recommandations afin de réduire des risques potentiels.

Une politique de divulgation et déclarations des événements et incidents est en place et connu par le personnel. Des rapports AH-223 sont complétés suite à un événement et une analyse est faite afin de mettre en place des moyens de prévenir la récurrence.

Des sondages de satisfaction de la clientèle sont effectués au départ de l'utilisateur avec l'apport et le soutien des membres du comité des usagers. L'outil a été informatisé et sera disponible en version électronique pour implantation d'ici la fin de 2022. Le comité des usagers a récemment fait l'acquisition de iPads qui serviront pour assister les usagers souhaitant de compléter électroniquement le sondage de satisfaction.

Les clients rencontrés lors de la visite expriment une grande satisfaction en regard des soins et services reçus par du personnel dévoué, compétent, et avec une dimension humaine.

De plus, le bureau d'admission cible des usagers de façon aléatoire et effectue des relances téléphoniques deux (2) semaines suivant le congé de l'utilisateur dans une perspective d'amélioration continue des services offerts. L'appel a pour but d'obtenir la perception de satisfaction de l'utilisateur en regard de la coordination des rendez-vous de suivis post hospitalisation. L'information qui est recueillie est utilisée pour apporter des changements d'amélioration selon le cas.

Tous les critères ont été respectés pour ce processus prioritaire.

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 comité d'éthique est en place depuis plusieurs années et a à son actif plusieurs réalisations. Constitué en conformité des règles législatives, le comité dispose d'un cadre conceptuel et de règles de fonctionnement. Le mandat du comité comporte trois volets :

- L'éducation et la formation à l'éthique des membres du CEC et du personnel.
- L'examen des politiques de l'établissement en regard des aspects éthiques.
- Le rôle de consultant au sujet d'enjeux éthiques.

L'équipe fait preuve de compétence et elle a amorcé une réflexion sur son mandat afin d'alléger le processus d'analyse des situations éthiques et améliorer le soutien des équipes qui a fait défaut au cours des dernières années. À cette fin, les membres du comité souhaitent se donner une nouvelle identité visuelle, élaborer de nouvelles stratégies de communication et de diffusion des avis cliniques, favoriser le développement des capacités individuelles et accentuer la communication d'avis cliniques au sein des équipes.

Le cadre conceptuel est en révision et un plan d'action est en élaboration. Au cours de la dernière année, les membres du comité ont bénéficié d'activités de formation et de sensibilisation aux questions éthiques qui ont permis de mettre à jour les compétences des membres qui y œuvrent depuis plusieurs années. Le recrutement de nouveaux membres de formation complémentaire a été amorcé pour combler les départs récents et assurer le bon fonctionnement du comité.

À terme, le modèle de gestion des situations éthiques cliniques veut favoriser une plus grande décentralisation de la prise en charge des situations cliniques et mettre l'accent sur l'analyse des cas et la recherche de solutions par des rencontres et des discussions d'une réflexion éthique en équipe. Cette façon de faire favorisera une plus grande appropriation du processus d'analyse et de la recherche de solutions par les équipes de professionnels.

Enfin, on note que les membres du comité ont bien surmonté le défi de mettre à jour leur capacité d'accompagner les équipes de professionnels et les prestataires de soins afin qu'ils acquièrent et améliorent leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences en matière d'éthique. La diffusion et la communication d'avis cliniques demeurent cependant une priorité.

Sur les aspects de la recherche, notons que l'organisation ne conduit pas de projets de recherches.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'organisation dispose d'un cadre de référence de communication élaboré en 2019 avec une mise à jour en novembre 2022. Ce cadre de référence vise à promouvoir une culture d'une gestion de communication efficace et assurer une bonne coordination des communications de l'organisation afin de répondre aux divers besoins d'informations provenant des partenaires internes et externes. Ce cadre détaille et approfondit les différentes actions relatives à la communication de l'organisation et il définit les niveaux de responsabilités pour tous les membres du personnel.

Un plan de communication organisationnelle 2022-2025 a été élaboré basé sur le cadre de référence. Des objectifs réalistes et mesurables ont été ciblés portant sur l'optimisation de la communication interne et la communication externe. De plus, le développement de la marque employeur a été amorcé avec la firme Maestro Communications afin d'aider l'organisation à se positionner comme employeur de marque et ainsi favoriser l'attraction de nouveaux employés et la rétention du personnel.

Le nouveau slogan de l'organisation «?Au cœur de vos besoins?» se traduit par l'axe de communication «? Ensemble, apporter bien-être et sérénité avec dévouement et humanisme?» qui vise à rejoindre toutes les clientèles avec les valeurs humaines dans la qualité des soins et services dispensés.

Un éventail d'outils de communication sont disponibles pour assurer une communication transparente et fluide entre les divers partenaires internes et externes. Les politiques et règlements, brochures dépliantes, affiches, et formulaires sont accessibles dans un répertoire commun sur le site Web de l'organisation. Le Journal Contact destiné aux employés est publié 4 fois par année et souligne les bons coups des employés.

Un écran à l'entrée principale de l'organisation souligne également la reconnaissance des employés dans diverses catégories. Le site WEB de l'HMC est bien établi et à jour et plusieurs documents sont accessibles à la population, dont les guides d'accueil des usagers?; divers brochures, dépliantes, et affiches?; les politiques et règlements?; les rapports annuels?; la planification stratégique?; et les rapports d'Agrément.

Suite à un sondage effectué auprès des employés pour obtenir leurs commentaires sur la fréquence, la pertinence, le moyen, et la préférence des communications diffusés sur les tableaux d'affichage, les employés ont suggéré une alternative aux affiches utilisées et diffusées sur les tableaux d'affichage. En raison du volume d'informations qui est circulé et affiché, il a été suggéré que l'information soit triée par service et par poste de travail visant les communications spécifiques au service et aux employés du service. Ceci permettra d'assurer un triage plus efficace de l'information et de bien cibler à qui est adressée l'information.

Les trois (3) partenaires externes qui ont été contactés rapportent des liens de communication très satisfaisants avec l'organisation et une excellente collaboration de la part de tous les intervenants. Deux partenaires réfèrent des usagers pour admission à l'HMC. Le souci d'offrir le service requis pour l'utilisateur et toujours avec écoute et respect. Le suivi et les retours d'appels ou de courriels se font rapidement par l'organisation.

Le comité des usagers joue un rôle important auprès des usagers et agit en tant que porte-parole pour la transmission d'informations portant sur divers sujets, tels que les droits des usagers?; le processus de plaintes?; et la sécurité. De plus, ils apportent une écoute attentive aux commentaires émis par les usagers et en assurent le suivi auprès des bonnes personnes dans l'organisation. Tous les critères ont été respectés pour ce processus prioritaire.

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)

Les lieux physiques sont propres, bien éclairés, accueillants, et sécuritaires. Les unités de réadaptation qui ont été visitées sont configurées selon une architecture non traditionnelle de caractère organique. Les corridors sont encombrés avec des équipements de soins et le poste des infirmiers se retrouve au fond du corridor de l'unité. Les unités de soins dans le Pavillon de soins palliatifs sont spacieuses avec le poste des infirmiers au centre de l'unité. Des chambres individuelles sont aménagées pour assurer le confort des usagers ainsi que leurs familles.

L'organisation est très consciente du problème d'encombrement et les risques de sécurité pour la clientèle et les employés. Un comité de travail RANGE a été mis sur pied afin de trouver des pistes de solutions pour identifier des espaces de rangement dédiés pour désencombrer les corridors.

Depuis la dernière visite d'Agrément, des projets de réfections des salles de bains dans les chambres des résidents se sont réalisés. Il est prévu de poursuivre la rénovation de salles de bains additionnelles lorsque le financement sera accordé. Un projet de porte coupe-feu entre le bâtiment de l'hôpital et le bâtiment de l'école est en voie de réalisation d'ici la fin de 2022. Le MSSS a financé un projet de mise en norme de la ventilation pour l'HMC afin d'améliorer la qualité d'air prévu pour l'été 2023. L'HMC poursuit également la modernisation du remplacement du parc de lits.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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'organisation dispose d'un plan des mesures d'urgence ainsi qu'un manuel de gestion du plan des mesures d'urgence. Il y a un suivi rigoureux qui est fait avec un calendrier de mise à jour du plan des mesures d'urgence.

La coordination entre les différents secteurs de l'organisation et les partenaires externes (CIUSSS, MSSS) sont bien en place pour la gestion des éclosions.

Les risques potentiels sont identifiés et des mesures sont mises en place pour minimiser les risques identifiés. À titre d'exemple, la génératrice de l'hôpital est interreliée avec la génératrice du Pavillon de soins palliatifs en cas de situation de panne électrique. Un aide-mémoire en cas de panne électrique a été élaboré par une infirmière-chef et sera déployé prochainement suite à la formation visée auprès des assistantes du supérieur immédiat (ASI).

Une brigade interne de PAB est en place et une formation a été donnée à tous les PAB sur les trois (3) quarts de service sur les rôles et responsabilités dans des situations d'urgence.

Des exercices de simulation sont réalisés trois fois (3) par année selon un calendrier préétabli. Une évaluation des exercices est faite dans une rencontre post-mortem avec l'équipe qui a répondu au code d'urgence lancé et ensuite au sein du comité des mesures d'urgence. Cette rétroaction permet le suivi des correctifs suite aux commentaires émis par le personnel répondant à la situation d'urgence et aux observateurs.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Réadaptation	
8.12 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
8.13 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
10.1 Les usagers et les familles participent activement à la planification et à la préparation de la transition des soins.	!
Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie	
8.15 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
8.16 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'usager et ses proches sont impliqués aux différentes étapes de son épisode de soins. L'équipe soignante démontre une volonté de placer l'usager au centre de ses interventions et de travailler dans la réalisation de ses objectifs de soins.

Toutefois, ce qui concerne le plan d'intervention individualisé (PII) est à bonifier tant aux services de réadaptation qu'aux soins palliatifs. En effet, certaines pratiques actuelles découlent du PII, mais ne sont pas consignées formellement au dossier ni présentées à l'usager.

Il est suggéré de transformer votre pratique actuelle pour tendre vers une rencontre de PII en présence de l'usager et de ses proches. Aussi, considérant l'importance des discussions cliniques, les modalités de celles-ci gagneraient à être revues afin d'optimiser le temps que passent les professionnels dans ce type de rencontre.

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)

L'établissement a su évaluer sa capacité à offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité. Par conséquent, il a diminué temporairement son offre de services en fermant des lits.

Des équipes ont également contribué à assurer une prestation de services de qualité et sécuritaire en ajustant le tout selon la capacité de leur équipe. Par exemple, le manque de professionnels a fait en sorte de créer une liste d'attente interne en ergothérapie avec un système de priorisation qui est réévalué fréquemment, le tout avec une collaboration de l'ensemble de l'équipe en réadaptation.

Une autre mesure d'amélioration suggérée est de revoir l'optimisation de la présence des professionnels aux rencontres interdisciplinaires. Cela permettrait de s'assurer d'avoir le bon professionnel au bon endroit et au bon moment.

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)

Un programme structuré d'entretien préventif des équipements et appareils médicaux est en place et suivi de façon rigoureuse. Le logiciel SAMFM est actuellement utilisé pour le suivi et la traçabilité du programme d'entretien préventif. L'organisation prévoit la migration vers un nouveau logiciel GMAO qui est utilisé dans les centres hospitaliers universitaires, CHUM et CUSM.

L'entretien des petits équipements de soins tels que les appareils à tension, les saturomètres, et les concentrateurs d'oxygène est assumé par une infirmière auxiliaire responsable du service central. Cet entretien est intégré à même le programme global d'entretien préventif de tous les équipements dans l'organisation qui est sous la responsabilité de la direction des services techniques.

Un processus structuré et transparent est en place pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents.

L'établissement a plusieurs contrats avec des fournisseurs externes pour le programme d'entretien préventif et la qualité des services offerte est évaluée régulièrement.

Aucune stérilisation n'est effectuée dans l'organisation. Seul le retraitement du matériel non critique est fait, en utilisant notamment les laveurs-désinfecteurs. Un entretien annuel des laveurs-désinfecteurs est fait par le fournisseur, incluant une évaluation de leur fonctionnement et de l'utilisation des produits utilisés par cycle de lavage. Une formation à l'embauche et annuelle est donnée aux PAB sur le fonctionnement des laveurs-désinfecteurs. Une évaluation qualitative du fonctionnement des laveurs-désinfecteurs est effectuée régulièrement par des audits.

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 (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

En contexte de pandémie ainsi qu'un changement de gestionnaire et de mobilité du personnel, le comité pharmacologique n'a pas pu tenir les 4 réunions prévues à son calendrier. Cependant, des échanges de courriels ont été faits par les membres toujours actifs.

L'ensemble des politiques et procédures consultées concernant la pharmacie indiquent la date d'entrée en vigueur et la date de révision. Cela peut porter à confusion, car pour certaines politiques, l'écart entre ces deux dates est parfois grand. Il a été suggéré à la chef du service de pharmacie de préciser «?date de la dernière révision?».

Les pharmaciens sont sollicités à l'occasion pour participer aux rencontres multidisciplinaires, mais l'équipe gagnerait à solliciter son expertise plus fréquemment. De plus, la clientèle bénéficierait à certains moments de rencontrer un membre de l'équipe de la pharmacie.

Les préparations magistrales de médicament sont réduites au minimum.

La chef de la pharmacie nous a identifié qui est la personne actuellement responsable du programme de gérance des antimicrobiens, cependant, divers changements sont à venir. Considérant que cette information est manquante dans le document, il lui a été suggéré de préciser le titre d'emploi de la personne responsable.

En ce qui concerne la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé, il est présentement précisé que c'est le département de pharmacie qui est responsable, il est recommandé de préciser le poste de la personne responsable au lieu du département.

Les pharmaciens se disent disponibles pour répondre aux questionnements des usagers/familles. Il y aurait un lien à développer en partenariat avec les soins infirmiers et l'équipe de réadaptation afin que les demandes d'informations se rendent jusqu'à eux.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Prévention des infections

La pandémie a fait en sorte que de la formation sur divers aspects de la prévention des infections a eu lieu (pratique de base, précautions additionnelles, port des équipements de protection individuelle, l'hygiène et la salubrité des lieux, etc.). De plus, en surcroît du personnel de l'établissement, les proches et les bénévoles ont pu bénéficier d'enseignement de façon plus prononcée.

Cependant, il demeure le défi de maintenir un haut taux de conformité à l'hygiène des mains et du port des EPI aux bons moments, mais les efforts et la sensibilisation sont réalisés de façon constante.

L'utilisation du matériel avec un dispositif sécuritaire permet de réduire le nombre d'accidents de travail liés aux piqûres accidentelles et après vérification, la connaissance des employés concernant la politique liée aux objets piquants et tranchants demeure.

Le comité de prévention des infections est actif, bien qu'un ajustement de son mandat ait été fait dans le cadre de la gestion de la pandémie.

Ensemble de normes : Réadaptation - 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	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision	
11.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!

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
--

Le Guide d'accueil de l'utilisateur remis à l'admission est complet et aidant pour l'utilisateur.

Il a été constaté que les corridors sur les unités de soins en réadaptation sont encombrés. Afin de permettre à la clientèle de circuler librement et de prévenir le risque de chute, il est suggéré de réfléchir à diminuer cet encombrement.

Processus prioritaire : Compétences

En ce qui concerne les systèmes d'information, il y a eu de la formation lors de l'arrivée de nouveaux logiciels ainsi que la présence de «?super utilisateurs?» pour certains logiciels et nous avons pu être témoins de leurs accessibilités.

Il n'y a pas de formation formelle sur la façon d'interagir avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. Toutefois, de par son multiculturalisme, l'équipe de soins et des directions soutiennent et démontrent une belle collaboration entre les employés lorsque des besoins sont identifiés pour les usagers (traduction, approche, etc.). Ils mentionnent être habituellement en mesure de répondre aux besoins de l'utilisateur, et si nécessaire, le recours à une banque de traducteurs est possible.

Afin d'offrir de la formation et du perfectionnement sur les questions d'ordre éthique, le comité d'éthique clinique a prévu un café sur le sujet en début de l'année 2023.

En ce qui a trait à la disponibilité de la formation sur les soins palliatifs et en soins de fin de vie, celle-ci est existante, toutefois, les usagers qui nécessitent ces soins et services sont transférés à l'unité de soins palliatifs. La formation n'est donc pas requise pour le secteur de la réadaptation.

Un bon nombre d'employés questionnés ont mentionné ne pas avoir eu d'évaluation de rendement. Cela fait en sorte que les objectifs de croissance ou de développement de l'employé n'ont pas été discutés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

À compter de la prise en charge d'un dossier pour évaluation par l'équipe de liaison, les étapes vécues par l'utilisateur sont bien structurées, telles que lors de l'admission, l'évaluation par les professionnels, la détermination des soins quotidiens donnés par les préposés aux bénéficiaires, les discussions cliniques, l'orientation et le départ, etc. Cependant, il y a un plan d'intervention interdisciplinaire, mais l'utilisateur n'en fait pas partie prenante de cette démarche, cela peut entraîner une incompréhension de son épisode de soins.

Le plan de soins comprend les stratégies pour soulager la douleur, mais une amélioration est nécessaire dans l'évaluation de la douleur, du moins dans la consignation de l'évaluation de la douleur au dossier de l'utilisateur (note évolutive en soins infirmiers ou feuille des paramètres vitaux).

Il y a diverses informations à recevoir et de documents à signer lors du passage de l'utilisateur au bureau de l'admission. Il a été observé que maintenant le processus d'admission se fait en toute confidentialité dans le bureau prévu à cet effet et non plus au corridor. Aussi, un guide d'accueil est remis à l'utilisateur lors de son admission et celui-ci comprend plusieurs informations utiles pour son séjour.

Tout au long de l'hospitalisation, les besoins en services sont évalués et les références sont réalisées en ce sens. Il y a beaucoup d'échanges d'informations sur l'utilisateur, notamment au point de transition du rapport interservice.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La tenue de dossier débute dès l'admission de l'utilisateur et se poursuit sur l'unité de soins. Le dossier de l'utilisateur est entièrement en version papier, ce qui parfois limite l'interdisciplinarité, par exemple, pour le plan d'intervention où une version numérique partagée permettrait aux professionnels d'ajouter chacun leur partie.

Afin de s'assurer d'une tenue de dossier respectant les exigences de la politique interne sur la tenue dd'assurer une vigie ponctuelle, par exemple, à l'aide d'audits, et ce tant pour l'ensemble des professionnels.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les politiques et les procédures ont été mises à jour en majorité depuis la dernière visite d'Agrément Canada.

Des lignes directrices, les écrits des ordres professionnels ou des institutions de références (par exemple INSPQ) sont utilisés afin de produire les documents nécessaires à l'encadrement des bonnes pratiques.

Des données telles que celles sur les accidents ou les audits sont utilisées afin de déterminer les améliorations à apporter aux processus.

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

3.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.14	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.16	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

12.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
------	---	---

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

Un partenariat avec un établissement a lieu afin d'offrir l'aide médicale à mourir aux usagers qui souhaitent en bénéficier.

La sœur responsable des bénévoles est activement présente au sein de l'unité des soins palliatifs et auprès des usagers. La présence des bénévoles est un point positif mentionné par les usagers rencontrés.

Processus prioritaire : Compétences

La formation en soins palliatifs est structurée, et ce, pour tous les types d'emplois. La sélection, l'orientation et la formation des bénévoles sont adaptées aux besoins de la clientèle.

Il y a une collaboration au sein de l'équipe, au niveau clinique et au niveau du personnel en soutien et des bénévoles et cet aspect est ressentie par les usagers, l'un d'entre eux nomme ne pas avoir «?le sentiment de déranger?», que le personnel semble toujours heureux de l'aider.

Il n'y a pas de formation formelle sur la façon de travailler avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. Toutefois, de par son multiculturalisme, l'équipe démontre une belle collaboration entre les employés lorsque des besoins sont identifiés pour les usagers (traduction, approche, etc.). Ils mentionnent être habituellement en mesure de répondre aux besoins de l'utilisateur, et si nécessaire, le recours à une banque de traducteurs est possible.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe de soins discute régulièrement des besoins de l'utilisateur et de ses proches et ajuste les soins et les services en conséquence. L'utilisateur reçoit les explications nécessaires pour faire un choix libre et éclairé et il est informé de son droit de changer d'idée.

En ce qui concerne la communication dans le cadre d'un usager unilingue, un service de traduction est accessible, mais il y a moyen d'assurer les communications à l'aide d'un employé parlant la langue ainsi qu'avec la famille de l'utilisateur.

Ce qui est discuté en équipe interdisciplinaire (c'est-à-dire le processus formel) est effectivement suivi, mais la discussion est réalisée sans la présence de l'utilisateur ou de ses proches. Toutefois, des communications régulières entre l'utilisateur et l'équipe clinique font en sorte que l'utilisateur et ses proches sont au fait de ses soins et des étapes à venir.

Une volonté d'accommoder les besoins et les souhaits de l'utilisateur est présente dans le contexte de fin de vie. Le personnel et les bénévoles contribuent à créer une ambiance sereine et tout en étant animée au sein de l'unité.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La tenue de dossier démarre dès l'admission et se poursuit sur l'unité de soins. Le dossier de l'utilisateur est entièrement en version papier, ce qui parfois limite l'interdisciplinarité, par exemple, pour le plan d'intervention où une version numérique partagée permettrait aux professionnels d'ajouter chacun leur partie.

Afin de s'assurer d'une tenue de dossier respectant les exigences de la politique interne sur la tenue des dossiers et celles des ordres professionnels, il est suggéré de déterminer un moyen d'assurer une vigie ponctuelle, par exemple, à l'aide d'audits, et ce tant pour l'ensemble des professionnels.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'expertise de partenaires reconnus pour leur qualité en soins palliatifs et en fin de vie est sollicitée et utilisée dans un but d'amélioration des soins et les connaissances du personnel.

Lorsqu'un événement survient de façon répétitive, l'équipe de soins se questionne afin de comprendre la cause et d'agir afin d'améliorer les soins et les services (par exemple, il y a eu un questionnaire par rapport aux usagers qui doivent être relocalisés en raison qu'ils dépassent le délai de séjour statué à 3 mois).

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 : 11 mars 2021 au 28 mai 2021**
- **Nombre de réponses : 7**

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	95
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	96
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	57	29	14	75
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	43	0	57	88

	% 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	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
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	14	86	92
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	71	14	14	69
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	14	86	92
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	14	29	57	84
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.	0	14	86	94
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.	29	29	43	74
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	43	57	63

	% 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	14	86	78
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	57	29	14	59
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	71	29	78
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	14	14	71	45
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.	29	0	71	77
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	76
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	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	29	71	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	57	29	14	80
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	29	71	89

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	14	86	90
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	29	71	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	29	0	71	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	92
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	14	0	86	83
34. La qualité des soins	14	0	86	85

*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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

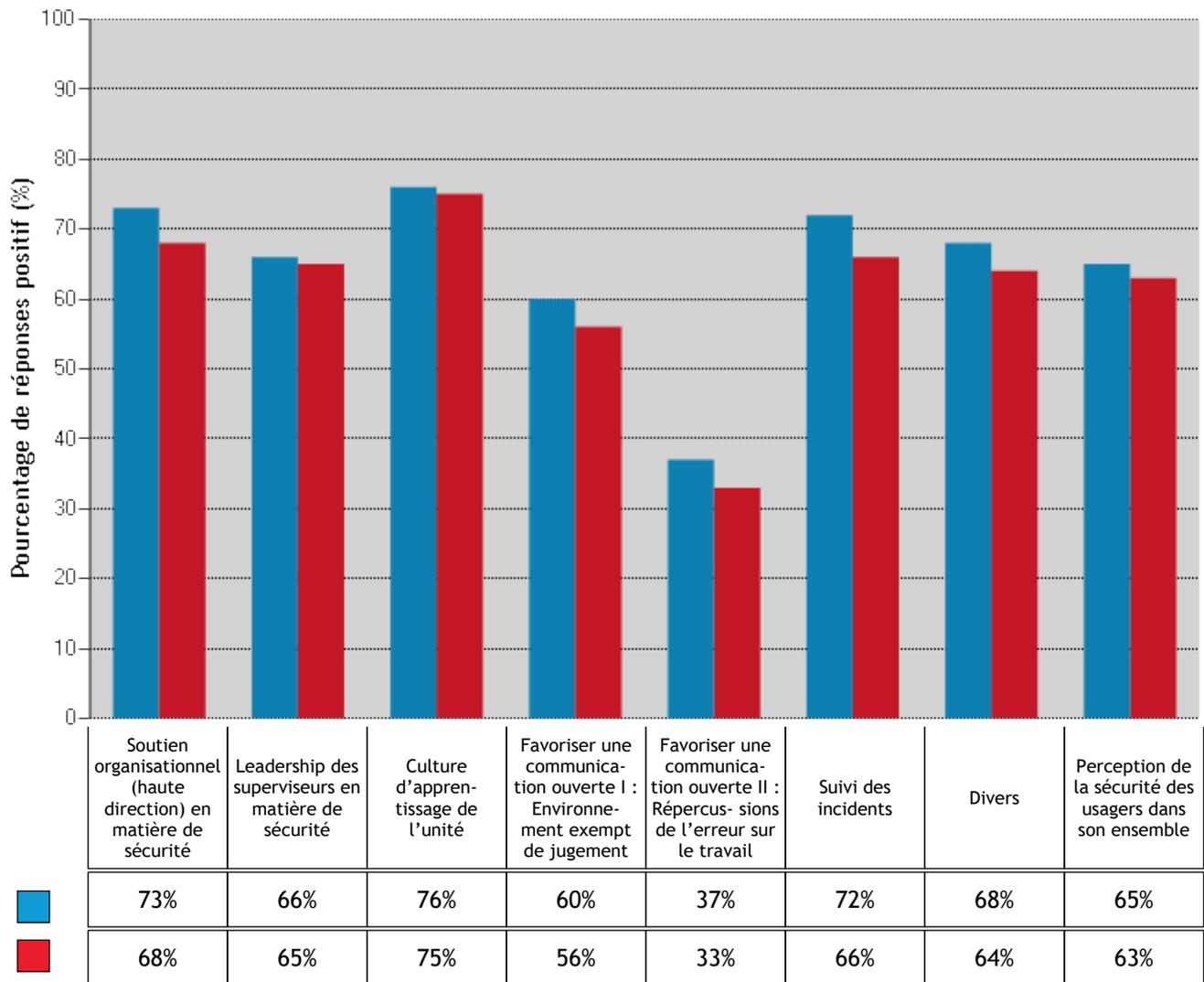
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 9 mars 2021 au 18 mai 2021**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 129**
- **Nombre de réponses : 133**

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : 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 2022 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

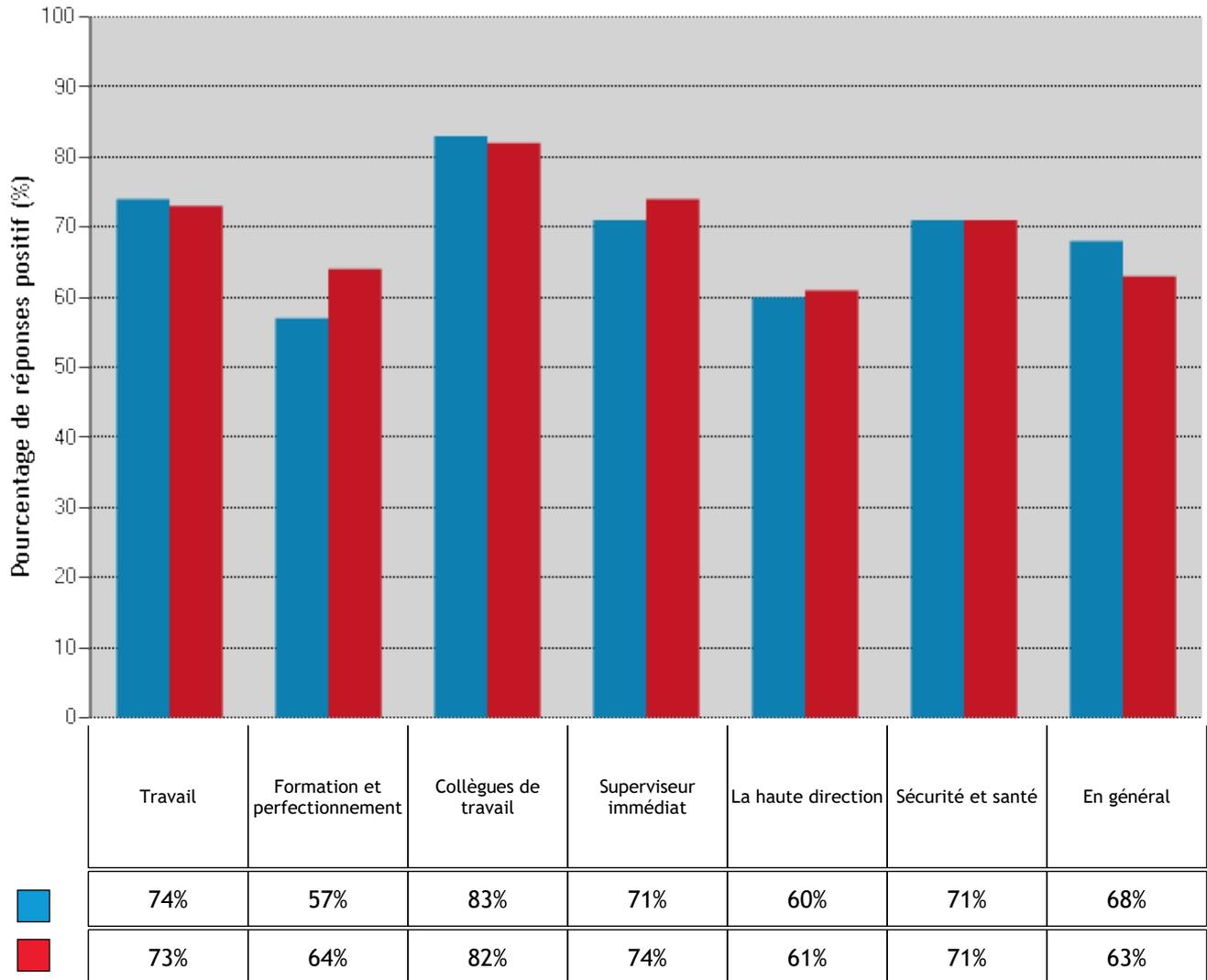
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 9 mars 2021 au 18 mai 2021**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 179**
- **Nombre de réponses : 220**

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 2022 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 l'évaluation des visiteurs reflète de façon adéquate les accomplissements et les défis de l'établissement. Leurs commentaires judicieux permettent de mieux cerner certaines 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 remercions les visiteurs pour leur approche humaine qui a facilité le partage d'information de part et d'autre.

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 15 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.

Processus prioritaire	Description
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.
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.