



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Institut Philippe-Pinel de Montréal**

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 19 au 21 novembre 2018

Date de production du rapport : 20 décembre 2018

## Au sujet du rapport

Institut Philippe-Pinel de Montréal (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 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme de participer 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 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

<b>Sommaire</b>	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	7
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	8
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	9
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	10
Processus prioritaire : Gouvernance	10
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	22
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	23
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	28
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	29
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	29
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	33
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	34

## Sommaire

Institut Philippe-Pinel de Montréal (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 notamment les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 19 au 21 novembre 2018**

- **Emplacement**

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

1. Institut Philippe-Pinel de Montréal

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

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









- **Outil**

L'organisme a utilisé l'outil suivant :

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

## 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.)	22	1	1	24
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	8	0	0	8
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	119	6	32	157
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	43	4	2	49
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	26	0	1	27
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	184	8	16	208
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	1	0	23
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>20</b>	<b>53</b>	<b>498</b>

## 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	44 (88,0%)	6 (12,0%)	0	32 (91,4%)	3 (8,6%)	1	76 (89,4%)	9 (10,6%)	1
Leadership	47 (97,9%)	1 (2,1%)	2	86 (93,5%)	6 (6,5%)	4	133 (95,0%)	7 (5,0%)	6
Prévention et contrôle des infections	55 (100,0%)	0 (0,0%)	12	33 (100,0%)	0 (0,0%)	4	88 (100,0%)	0 (0,0%)	16
Gestion des médicaments	55 (98,2%)	1 (1,8%)	22	59 (100,0%)	0 (0,0%)	5	114 (99,1%)	1 (0,9%)	27
<b>Total</b>	<b>201 (96,2%)</b>	<b>8 (3,8%)</b>	<b>36</b>	<b>210 (95,9%)</b>	<b>9 (4,1%)</b>	<b>14</b>	<b>411 (96,0%)</b>	<b>17 (4,0%)</b>	<b>50</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
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)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Non Conforme	3 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 5	1 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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

## 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'Institut Philippe Pinel de Montréal (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) est un centre en santé mentale surspécialisé ayant un mandat national en psychiatrie légale. Depuis plus de 50 ans, l'Institut œuvre auprès d'une clientèle en santé mentale et a développé une surspécialité en psychiatrie légale. L'Institut participe à l'évaluation de ses services dans le contexte d'un nouveau programme d'agrément qui ne couvre qu'une partie de ses services. Par ailleurs, d'autres services seront évalués dans les prochains 18 mois. L'équipe de direction est restreinte mais réussit tout de même à réaliser l'ensemble des responsabilités d'un hôpital universitaire avec une vocation surspécialisée.

Il est à noter que lors de la visite de deux jours et demi, les visiteurs ont remarqué et soulignent les points forts suivants: les visiteurs ont observé un leadership médical dynamique et très impliqué dans les comités, leur engagement contribue fortement à la mise en place de services de haut niveau pour la clientèle de l'Institut; les visiteurs soulignent également le respect des normes de prévention et contrôle des infections ainsi que de celles portant sur le plan des mesures d'urgence; il existe une équipe très engagée en ce qui a trait aux questions éthiques; pour ce qui est des normes concernant les équipements et les appareils médicaux, les processus actuels respectent les exigences.

L'Institut est soucieux de la protection de l'environnement et d'un milieu thérapeutique, tout en portant également une attention particulière à la sécurité des usagers et du personnel. Dans cette optique, un plan directeur d'immobilisation a été développé et soumis au ministère. Ce dossier doit faire l'objet d'un suivi.

L'Institut doit faire face à certains défis, notamment pour trouver des façons innovantes d'impliquer les usagers et leur famille dans plusieurs facettes de ses activités de sorte à maintenir son statut de leader et d'excellence dans leur domaine. Également, l'Institut devra s'efforcer de mieux communiquer à l'interne, aux usagers et à leur famille, les changements dans la dispensation de ses services à sa clientèle.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers</b> Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.10</li> </ul>
<p><b>Reddition de comptes en matière de qualité</b> Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gouvernance 12.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Médicaments de niveau d'alerte élevé</b> Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.5</li> </ul>

## 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.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
3.4 Le conseil d'administration dispose de processus pour surveiller les fonctions liées à la vérification et aux finances, à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion du personnel talentueux.	!
7.8 Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	!
10.3 Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des usagers.	
10.4 Le conseil d'administration revoit régulièrement la fréquence et la gravité des incidents liés à la sécurité, et il utilise l'information pour saisir les tendances, les questions entourant la sécurité des usagers et de l'équipe, de même que les possibilités d'amélioration.	!
12.1 Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme. 12.1.4 Au moins une fois par trimestre, le rendement en matière de qualité de l'organisme est examiné et évalué par rapport aux buts et aux objectifs convenus.	 <b>PRINCIPAL</b>

- |      |   |   |
|------|---|---|
| 12.2 | Pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité, le conseil d'administration collabore avec le DG et le personnel d'encadrement. | ! |
| 12.3 | Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.             | ! |
| 13.9 | Le conseil d'administration établit un rapport annuel de ses réalisations.  |   |

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

Le comité de vérification présente des analyses périodiques et informe bien le Conseil d'Administration (CA).

Le CA a participé au développement de la planification stratégique. Des projets ont été développés et une salle de pilotage est disponible et ouverte à tous afin de suivre les différentes stratégies choisies. Des salles tactiques et des stations visuelles sont disponibles. Il est de la responsabilité du CA de suivre le déploiement de la planification stratégique avec l'évolution de ses indicateurs.

Une initiative de mentorat afin de jumeler les nouveaux membres du CA avec des membres plus expérimentés mérite d'être soulignée.

Le CA a mis en oeuvre une politique pour l'évaluation du fonctionnement et de la performance du CA, des comités et des conseils professionnels en février dernier. Les membres du CA ont l'occasion d'assister à des formations. Le président du CA prend le temps de rencontrer chaque membre du CA sur une base individuelle afin de s'assurer de sa satisfaction sur le déroulement des séances du CA. Il est important de prévoir une alternance de mandats, en terme de durée, afin de favoriser la continuité des membres au CA. Nous comprenons que le choix du Président de CA est déterminé par le MSSS. Les membres aimeraient recevoir davantage d'information sur la signification des indicateurs.

Le CA doit connaître le plan de gestion des talents développé par le service des ressources humaines.

Le CA doit suivre le Plan intégré d'Amélioration de la Qualité de l'organisation et s'assurer qu'il soit à jour. Il doit recevoir une reddition de compte en matière de qualité. Il doit connaître le Plan de Sécurité pour l'organisation et s'assurer qu'il est à jour.

Il est important qu'il y ait présentation d'une expérience vécue par un usager à chaque rencontre du CA. On peut présenter un événement sentinelle afin de familiariser les membres de CA sur la vocation et les résultats obtenus par les services à L'IPPM. Il faut continuer de valoriser la culture de sécurité.

Le CA adopte une stratégie écrite sur la sécurité des usagers qui se retrouve dans l'orientation 2 du plan stratégique sous l'axe sécurité du personnel et des patients. Il serait avantageux de la formaliser davantage.

Le CA doit s'assurer de pouvoir impliquer et rejoindre les usagers et leurs familles selon différentes modalités étant donné sa clientèle particulière.

Actuellement, le comité de la vigilance et qualité fait un rapport au CA. Il est de la responsabilité de tous les membres de CA de bien comprendre les indicateurs de qualité et de gestion des risques sur une base régulière. Afin d'assurer les meilleures pratiques de gouvernance, les membres du CA sont encouragés à utiliser des indicateurs et de les comparer sur une base longitudinale. Il faut s'assurer que le CA reçoit les informations sur les accidents et incidents sur une base trimestrielle.

Il y a un poste vacant pour un représentant des usagers.

#### Leadership médical

Le département de psychiatrie est constitué de 26 psychiatres incluant 2 pédopsychiatres. La majorité des psychiatres sont actifs en enseignement de la psychiatrie légale et ont un titre professoral à l'Université, particulièrement que l'IPPM est le seul programme de psychiatrie légale francophone au Canada. L'équipe se rencontre sur une base hebdomadaire.

Une fois par 2 ans, on revoit la répartition des tâches et les affectations cliniques.

Suite à la réduction de l'encadrement et, avec les enjeux de cogestion, on a commencé à regrouper les coordonnateurs et les assistants avec les médecins des programmes en juin dernier pour développer une approche de la cogestion.



## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
1.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique et démontre les valeurs dans l'ensemble de l'organisme.	

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

Lors de la planification stratégique, il y a des rencontres préparatoires pour identifier des projets pour les différentes directions. Ensuite, un lac à l'Épaule est organisé pour les directeurs. Les partenaires internes sont informés de la synthèse des enjeux pour l'IPPM.

Les travaux sur la hiérarchisation des services ont repris avec les partenaires externes.

Le projet révisé la mission, la vision et les valeurs. On recentre nos orientations sur l'évaluation, le traitement, l'enseignement, la recherche et l'expertise en prévention de la violence.

La planification stratégique est alignée avec la planification du MSSS. On identifie le PASM et on inclut l'approche du Rétablissement dans le plan régional. Une équipe a été formée et servira de levier pour inclure le rétablissement aux plans d'intervention interne des patients.

La PDG présente les faits saillants sur une base annuelle à une assemblée publique pour l'ensemble des employés, partenaires et usagers et familles qui peuvent y assister.

Il y a eu l'élaboration d'une politique pour créer des conseils d'unités avec les patients et discuter avec eux.

Un projet clinique et académique a été produit pour l'an 3 des plans opérationnels de la planification stratégique. Il a été présenté au MSSS.

Les membres du Conseil Infirmiers et Infirmières ont déposé un mémoire en mars 2015 sur la surcharge de travail des infirmières. En utilisant des comparables, en faisant des visites dans des centres similaires, un plan de rehaussement fut documenté.

Le plan stratégique est appuyé par des mesures regroupées dans un tableau de bord.

Les buts et objectifs des équipes, des unités ou des programmes sont documentés sur des stations visuelles.

Afin d'améliorer l'accessibilité à l'établissement pour faciliter les aller et retour des clients dans la communauté, un partenariat a été développé avec la Société de Transport de Montréal; cette initiative a reçu des commentaires favorables de la part de la clientèle.

Nous encourageons l'organisation à impliquer les patients et leurs familles dans la planification des services et trouver des modalités variées afin de rejoindre cette clientèle pour la faire participer davantage aux prises de décisions les concernant.

## 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)

La planification des budgets fait partie d'un cycle de gestion annuel.

La direction financière travaille en collaboration avec le service des ressources humaines pour mettre à jour les structures de postes et surveiller les dépassements de coût. À intervalles régulières, il y a une analyse détaillée et des suivis auprès des gestionnaires concernés. Chaque période financière fait l'objet d'une analyse au comité de direction.

L'Institut Philippe Pinel a reçu son budget de base cette année et a obtenu un financement supplémentaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour son projet de transformation. Il y a eu ajout de postes et les embauches requises sont amorcées.

Lors de chaque rencontre du Conseil d'administration, le directeur général adjoint présente une fiche synthèse au sujet des finances.

Il y a un plan de vétusté des installations qui est bien documenté. Suite au dépôt du plan clinique et académique de l'IPPM, le MSSS a demandé de connaître l'impact sur les infrastructures dont 36 chambres doubles qui devraient devenir simple, par exemple.

Le plan directeur immobilier a été déposé et accepté, mais il doit être complété en 4 ans.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
10.13 Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	

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

Depuis la dernière visite, le service des ressources humaines a transformé son organisation interne vers une approche avec des ressources généralistes ce qui les rend moins vulnérables au niveau de la perte d'expertise lorsqu'il y a des départs au sein de l'équipe des ressources humaines.

Dernièrement, les activités de dotation ont permis d'éviter le recours au temps supplémentaire obligatoire. Également, l'organisme a utilisé davantage les médias sociaux et une approche de recrutement proactive afin de mieux cibler les ressources adéquates pour combler ses besoins. Il existe un processus d'entrevue de départ, cependant, aucune preuve n'a été soumise pour appuyer l'évaluation et l'amélioration du processus de dotation. L'organisme est invité à établir un processus plus formel et intégré d'évaluation et d'amélioration de la dotation.

L'approche entourant la mobilisation en est une qui prône la mise en place de conditions gagnantes plutôt que d'adopter une approche directe avec les employés. L'organisme a, entre autres, adopté l'approche « employeur en santé » et aussi un programme de reconnaissance des employés structuré et diffusé sur les médias visuels à l'interne. Cependant, l'organisme aurait avantage à développer des stratégies afin de mieux communiquer les changements qui pourraient nuire au climat de travail.


L'organisme a démontré d'excellents résultats au niveau des dépenses en assurance-salaire. Il existe une politique sur la prévention de la violence éprouvée et l'organisme utilise le résultat des enquêtes des incidents pour améliorer les approches cliniques auprès de la clientèle.

Le programme de formation de l'organisme est en migration vers une plate-forme virtuelle ce qui facilitera l'accès aux formations pour le personnel de soir, nuit et fin de semaine. L'organisme est invité à trouver des façons d'intégrer de la formation sur l'implication des clients et de la famille dans différents aspects malgré les défis que pose la particularité de la clientèle.

L'évaluation des cadres se fait systématiquement à chaque année. Cette même activité pour les employés est plus inégale dans son application. L'organisme suit cet indicateur dans la salle de pilotage et ils ont atteint le même taux à mi-année que celui de l'année dernière au complet. L'organisme est invité à poursuivre ses efforts pour augmenter le taux d'évaluations faits auprès des employés.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
15.10 Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées. <ul style="list-style-type: none"> <li>15.10.1 Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont fournis au conseil d'administration.</li> <li>15.10.2 Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.</li> <li>15.10.3 Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.</li> </ul>	<div style="text-align: center;">    <b>PRINCIPAL</b>   <b>SECONDAIRE</b>   <b>SECONDAIRE</b> </div>
16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	!
16.9 Des rapports au sujet du rendement de l'organisme et de la qualité des services sont communiqués aux équipes, aux usagers et à leur famille, à la communauté à laquelle les services sont offerts, ainsi qu'à d'autres partenaires et parties prenantes.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les établissements de suivre des indicateurs précis tels que chutes, infections nosocomiales, erreurs de médicaments, etc.

L'Institut Philippe Pinel de Montréal a choisi d'élaborer son plan stratégique 2016-2020 en alignement avec celui du ministère.

Il y a trois 3 grandes orientations :

1- hiérarchisation des soins et services

- 2- mobiliser l'organisation vers une culture d'amélioration continue et de performance
- 3- devenir un partenaire de choix au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Un excellent tableau de bord présente les indicateurs en lien avec le plan stratégique.

Plusieurs initiatives sont mises en place telles que la salle de pilotage, les salles tactiques et les stations visuelles. Il y a eu rehaussement de la sécurité. Des analyses factuelles des agressions sont documentées depuis 2014 en post événements et donnent lieu à des mesures correctives qui sont mises en place.

Un patient partenaire est le président du comité des usagers.

Une autre initiative consiste à mesurer le plan Proactif de chaque patient. L'éducateur assure un suivi dans les 48 heures auprès du patient pour réviser son plan et son utilité. Un suivi est fait par un indicateur de rendement à la direction des soins infirmiers.

Le plan de gestion intégrée de la qualité a été produit pour 2016-2018. Celui-ci aurait avantage à être mis à jour et présenté au conseil d'administration.

Le comité de gestion des risques (CGR) est interdisciplinaire et se rencontre aux six semaines.

Le plan de sécurité est documenté et approuvé par le comité de gestion des risques. Le CGR fait rapport au comité de vigilance et qualité.

L'an dernier, les gestionnaires ont reçu de la formation sur la complétion du formulaire de déclaration des accidents et sur le formulaire de divulgation. On doit s'assurer que les gestionnaires connaissent les mesures de soutien contenu dans la politique de divulgation afin de les offrir, lorsque nécessaire.

Une politique sur l'organisation du milieu de vie thérapeutique a été adoptée par la direction des soins infirmiers en juin 2018. Cette amélioration de la qualité des services permet l'harmonisation des règles de vie sur l'unité. Cela remet un pouvoir d'agir aux patients en psychiatrie légale. Cela leur donne aussi accès à un comité de révision des politiques organisationnelles lorsque le conseil d'unité veut faire revoir une politique appliquée sur l'unité pour laquelle il n'est pas d'accord.

Une journée de reconnaissance permet de faire connaître les bons coups des différentes équipes.

## 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)

Le comité d'éthique clinique a tout récemment modifié ses façons de faire et il y a eu renouvellement des membres du comité. Ils prévoient 4 rencontres formelles par année et se rencontrent de façon ad hoc lorsqu'il y a des demandes ou des signalements. Le comité des usagers a une représentation au sein du comité. Puisque plusieurs membres ont été récemment nommés, il y a beaucoup d'opportunités de formation qui sont offertes aux membres. Une entente de service est en voie d'être formalisée avec un centre d'expertise en éthique pour le soutien du comité d'éthique.

Le comité d'éthique clinique fait rapport de ses activités au conseil d'administration via le comité de gouvernance et d'éthique. Un des projets identifiés comme étant une priorité est le consentement aux soins dans le contexte du type de clientèle vu et suivi.

En ce qui a trait à l'éthique de la recherche, une entente récente avec un partenaire fera en sorte que l'organisme assurera l'étude de convenance via son comité scientifique et le partenaire assurera le volet éthique de la recherche.

Le personnel a accès à des activités de formation scientifique du centre de recherche. La participation des patients partenaires dans plusieurs projets de recherche est à noter. Il existe aussi des activités de recherche en soins infirmiers avec l'arrivée d'un nouveau chercheur. L'organisme est invité à poursuivre ses innovations en matière de participation des patients dans le domaine éthique.

## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
11.7 La qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme sont évaluées régulièrement, et les résultats servent à améliorer les systèmes d'information.	

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

La mission spécifique de l'Institut Philippe Pinel génère de nombreux besoins de communication. L'organisme a dans son plan stratégique un axe de promotion de ses activités et de diffusion de son expertise auprès du public. La collaboration dans une série télévisée sur ses activités et les témoignages de sa clientèle a permis de hausser sa notoriété et également de démythifier la santé mentale.

La documentation via l'intranet est accessible et le site internet permet d'avoir accès à plusieurs informations destinées au grand public et aux partenaires externes. Il existe une évaluation de la fréquentation autant des sites intranet qu'internet. Le centre de recherche diffuse les résultats de recherche et il y a des activités scientifiques qui sont accessibles aux employés.

Un plan de communication a récemment été déposé au conseil d'administration et il y a lieu de poursuivre son développement.

L'organisme possède différents canaux d'information tant à l'interne qu'à l'externe.

L'organisme possède une politique de sécurité des actifs informationnels et l'application en est assurée par un comité. La gestion des accès est gérée par l'informatique en lien avec les finances et les ressources pour les arrivées et les départs d'employés.

L'accès des patients à leur dossier est régi par une politique qui respecte les lois d'accès. Actuellement, l'extraction des données est faite de façon décentralisée et aucune validation des données n'est assurée de façon systématique. L'organisme aurait avantage à mettre en place un mécanisme afin d'assurer la qualité des données utilisées.

L'excellente collaboration entre les services informatiques et les archives est à souligner. Le service informatique vient de déposer un plan opérationnel des ressources informationnelles afin de mettre en œuvre des projets dont les impacts organisationnels seront une plus-value très intéressante pour l'établissement.



## 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)

Un nouveau plan directeur d'immobilisation a été récemment soumis au MSSS concernant les travaux de modernisation de l'établissement ce qui exigera une révision de l'échéancier. Toutefois, il est important de souligner que des travaux de rénovation sont régulièrement en cours dans le but de répondre aux situations nécessitant une attention immédiate.

La sécurité des usagers est prise en compte en tout temps lors des travaux par le biais de mesures d'atténuation et de contrôle des activités, notamment par la prévention et contrôle des infections et par le rehaussement du plan de sécurité et de protection individuelle.

En ce qui concerne les lieux, il est important de souligner que les espaces ne sont pas encombrés et ils sont propres. Un rehaussement dans les ressources humaines du service d'hygiène et de la salubrité a permis de réaliser ces activités.

Plusieurs activités sont mises de l'avant afin de réduire au minimum l'incidence sur l'environnement, notamment, avec le soutien du comité de développement durable. Parmi ces activités, il y a le remplacement de la vaisselle en carton, le compostage effectué avec l'aide des usagers, la pose de ruches et d'arbres, etc.

#### Service alimentaire

Le dernier rapport d'inspection alimentaire du MAPAQ a permis d'apporter quelques correctifs de risque moyen faible. Un suivi a été effectué par la chef du service alimentaire.

#### SIMDUT (système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail)

Ce système est connu par les employés. La gestion des chariots de produits est sécuritaire.

## 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)

Le plan des mesures d'urgence a été mis à l'épreuve à plusieurs occasions. Ces événements sont donc documentés et analysés dans un journal opérationnel dans lequel se retrouvent également les mesures correctives. Le personnel rencontré connaît le plan des mesures d'urgence et peuvent l'expliquer en détail; ils mentionnent que cela est fort important pour la sécurité des usagers et celle du personnel. Des outils administratifs comme un "rapport d'incident majeur" et un "journal opérationnel" sont disponibles pour documenter ces événements et effectuer un processus de "debriefing".

Des exercices d'évacuation (incendie) sont effectués conformément aux exigences. D'autres simulations ou scénarios sont également réalisés afin d'améliorer les processus en gestion des risques et mesures d'urgence; tout ceci dans une approche conviviale et efficace. Le plan de sécurité préventif prévoit mensuellement une activité de vérification du matériel spécifique. Finalement, des activités sont proposés durant l'année par différents moyens.

Le chef des mesures d'urgence fait parti du regroupement des coordonnateurs du CIUSSS centre sud. Des partenariats sont donc bien établis et à poursuivre.

## 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
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Nous avons rencontré 8 représentants des usagers. Ils étaient les élus pour siéger aux conseils de vie de leurs unités.

Ils apprécient les conseils d'unités car ils peuvent parler et améliorer leurs conditions de vie sur l'unité lorsque cela est possible. Le coordonnateur ou un éducateur est présent au conseil de vie et donne des informations sur les soins et services. S'ils veulent des changements, ils le demandent et ils votent pour être d'accord. Si un patient est à l'extérieur de l'Institut pour une sortie pendant le conseil de son unité, on fait un suivi avec lui.

Les principales préoccupations concernent le service alimentaire, le menu vegan et le service de cantine.

Il a été suggéré de voir si on pouvait impliquer davantage les parents lorsqu'applicable.

Étant donné l'actualité, les patients émettent des inquiétudes sur la possibilité d'une diminution de services telles que les sorties ou les activités les fins de semaines. Ils ont aussi suggéré qu'on traduise certaines communications pour des patients anglophones.

En général, tous les patients sont impliqués dans leur plan d'intervention. Ils apprécient discuter du changement qui sera présenté au Tribunal Administratif du Québec et ils apprécient le fait qu'ils sont informés à l'avance. Il peut être parfois difficile de transférer un patient du fédéral qui a besoin de soins physiques dans un hôpital de soins aigus

Enfin, ils reconnaissent l'évolution de l'offre de services et qu'il y a eu beaucoup de changements positifs dans l'attitude des travailleurs sur les unités. Les patients sont plus participatifs et disent qu'il en reste à faire.

## 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 plan de "demande de réparation d'équipements biomédicaux" 2018-2019 est en vigueur. L'entretien préventif des petits appareils médicaux est effectué par une entente contractuelle avec le Services de Génie Biomédical du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et d'autres demandes de réparations des petits équipements (fauteuils roulants) sont effectuées à l'interne. Les demandes sont faites par l'utilisation du logiciel AtomeC2. Chaque service peut faire la demande directement par ce système et le chef de service est alors en mesure de suivre la requête. Il y a un nombre limité de l'ensemble des appareils. Il est également possible d'obtenir rapidement les appareils requis en cas de bris.

Le service de dentisterie respecte les normes reconnues en unité de retraitement des instruments médicaux. Le dentiste confirme avoir une inspection régulière de l'Ordre des dentistes; le tout serait conforme pour sa pratique. L'hygiéniste dentaire confirme avoir reçu la formation sur le retraitement des appareils médicaux; la formation est acquise.

En ce qui concerne le service d'imagerie médicale, il y a une entente existe entre un CSR pour une offre de solutions d'hébergement et de soutien de l'application Système intégré d'imagerie diagnostique (SIID). Une entente existe avec le service de radiologie de Maisonneuve (SORAD) et mises à jour selon les nouvelles exigences et les normes respectées pour le contrôle de la qualité. Entre autres, la dosimétrie est évaluée aux 3 mois par Santé Canada. Des statistiques très bien organisées démontrent l'ensemble des activités. Un travail de collaboration est présente avec les médecins concernés. La technologue est membre de son ordre professionnel.

La responsable clinique pour les tests d'électrocardiogramme et d'électroencéphalogramme s'assure du bon fonctionnement de ces appareils.

## 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 :



### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé. 2.5.6 Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins. 2.5.7 La politique est régulièrement mise à jour. 2.5.8 De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	 <b>SECONDAIRE</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>PRINCIPAL</b>
6.2 Les équipes peuvent accéder à l'information sur les médicaments de niveau d'alerte élevé (ce qui comprend les protocoles en vigueur, les directives, les recommandations relatives aux échelles de dosage, les listes de vérification et les ensembles de modèles d'ordonnances standard) à la pharmacie et dans les secteurs de services cliniques.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

Le comité pharmacologie est actif et joue pleinement son rôle au niveau du circuit du médicament. Sa composition est interdisciplinaire et comprend une représentation médicale, pharmaceutique et infirmier. La gestion des médicaments d'exception et hors formulaire est faite systématiquement par le comité de façon à en garder la trace. La plupart des politiques et procédures ont été mise à jour.

Également, le comité suit les indicateurs sur les erreurs de médication et des plans d'actions sont mis en place pour adresser les erreurs.

Le département de pharmacie est très bien organisé, propre et l'ergonomie visuelle y est exceptionnelle. Les processus internes sont tous documentés et suivis. Le rehaussement d'effectifs de pharmaciens permet d'assurer un service clinique accru auprès de la clientèle. Les processus de sécurité, les doubles vérifications et la validation sont des pratiques intégrées.

En ce qui a trait à l'administration des médicaments, les chariots à distribution sont utilisés et la grande majorité des médicaments sont servis en unidose. À noter qu'il n'y a pas de médication administrée par intraveineuse. Les injectables sont distribués pour la plupart en unidose et ne sont qu'administrés par voie intramusculaire. Également, on n'y administre pas d'héparine ni d'électrolytes. Aucune préparation de chimiothérapie n'est réalisée.

Les pharmaciens possèdent plusieurs outils de référence en ligne, une bibliothèque d'articles scientifiques et participent aux midis scientifiques.

Le processus relié au bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition est déployé dans tous les secteurs et il est bien intégré par les professionnels. À l'admission, le BCM est réalisé dans 100% des cas et au congé dans 90%.

Sur les unités de soins visités, des distributeurs automatisés de médicament existent et sont connectés au système informatisé de la pharmacie. Les unidoses sont distribués via des cabinets et les médicaments sont administrés aux patients un à un selon le niveau de dangerosité, soit dans la salle commune soit dans la chambre du patient. Les outils de référence sur la sécurité de la gestion des médicaments sont présents sur les unités, sous forme de procédures sur l'intranet et quelques tableaux, notamment sur les interactions des injectables.

La politique sur les médicaments à alerte élevée a été adoptée un peu avant la visite. Nous invitons l'organisme à poursuivre l'implantation en diffusant l'information sur les unités de soins et de former les intervenants sur cette nouvelle politique.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>

La conseillère en prévention et contrôle des infections élabore des statistiques et effectue les suivis nécessaires pour un usager et une cohorte selon les situations cliniques; il y a donc une gestion rigoureuse des épisodes d'éclosion. Cette conseillère participe au regroupement des conseillères en prévention et contrôle des infections dans le but de maintenir ses compétences et d'être informée des meilleures pratiques.

La conseillère collabore au comité du plan des mesures d'urgence. De plus, le travail de collaboration entre la conseillère et le chef du service de la buanderie a permis d'assurer du respect des normes en prévention et contrôle des infections. Le chef de la buanderie tient à souligner également le travail de ses équipes afin de maintenir les standards.

Cette conseillère suscite l'intérêt en promotion de la prévention par le biais de la formation. Entre autres, la formation est offerte par différents moyens dont le bulletin d'information, une vidéo, une formation en ligne et par une activité scénario.

Il faut noter que ces formations touchent le personnel ainsi que les usagers. Ces formations sont donc adaptées à chaque type de clientèle. Plus spécifiquement, les capsules d'information sur l'importance de l'hygiène des mains peut être présentées au conseil de l'unité.

À ce sujet, le personnel mentionne bien connaître l'importance de l'hygiène des mains et apprécie la disponibilité de la conseillère ainsi que ses interventions.

Finalement, il faut souligner qu'il n'y a pas de bénévoles dans cet établissement, ceci considérant la mission de l'établissement.



## 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 : 13 septembre 2018 au 27 septembre 2018**
- **Nombre de réponses : 8**

#### 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	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	75	25	0	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	25	0	75	S.O.

	% 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	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	S.O.
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	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	38	13	50	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	13	25	63	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	13	88	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	14	29	57	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	13	88	S.O.

	% 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 revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	33	67	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	63	0	38	S.O.
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.	17	33	50	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	14	86	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	25	13	63	S.O.
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	14	86	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	14	86	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	50	17	33	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	29	71	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	13	88	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	0	100	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	33	17	50	S.O.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	13	88	S.O.
34. La qualité des soins	0	0	100	S.O.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
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.