



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

Institut national de psychiatrie légale
Philippe-Pinel

Rapport publié: 30/08/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	5
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	6
Soins centrés sur les personnes	6
Aperçu de l'amélioration de la qualité	6
Aperçu du programme	7
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	8
Résultats selon les dimensions de la qualité	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	12
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	12
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	14
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	16
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	20
Télésanté	21
Programme de prévention et de contrôle des infections	23
Services de retraitement des dispositifs médicaux	24
Gestion du circuit du médicament	26

À propos d'Agrément Canada

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

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 07/07/2024 au 11/07/2024.

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

Confidentialité

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

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

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

Sommaire

À propos de l'établissement

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel l'(INPNLPP) est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services surspécialisés en psychiatrie légale. L'Institut a pour mission d'évaluer et de traiter la clientèle qui présente un risque de violence associé à des troubles psychiatriques sévères et persistants, d'enseigner au niveau collégial et universitaire, d'effectuer de la recherche fondamentale et clinique, de développement d'activités de transfert de connaissances et de prévenir et gérer la violence.

L'Institut voit notamment à l'évaluation, la garde et le traitement d'accusés inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables qui présentent un risque très élevé pour la sécurité publique. Chef de file en psychiatrie légale, tant au niveau des pratiques de pointe de soins et de services qu'en matière de recherche et de transfert des connaissances, l'INPLPP participe à la formation de stagiaires et la formation en cours d'emploi dans diverses disciplines telles que les soins infirmiers, l'éducation spécialisée, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie et la psychiatrie.

L'Institut a comme vision d'être un leader en psychiatrie légale qui contribue à l'amélioration des soins et services au Québec de par son expertise clinique et académique et la reconnaissance du savoir expérientiel des usagers et de leurs proches.

Les cinq valeurs de l'INPLPP sont l'engagement, la reconnaissance, le respect, la dignité, et l'excellence.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) est un établissement tertiaire offrant des services supra spécialisés où l'harmonisation entre les rôles de soins et de protection du public est harmonieusement intégrée. L'utilisateur est au cœur de toute activité, et les réflexions de l'organisation visent toujours à lui donner cette place primordiale. Cet engagement envers les patients garantit une approche centrée sur l'utilisateur, où chaque décision et action de l'institut est orientée vers l'amélioration de leur expérience et de leurs résultats de santé.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

L'INPLPP présente des avantages et des désavantages liés à son environnement de plus petit milieu avec une seule vocation sur un même site. Parmi les avantages, on note une meilleure cohésion et communication au sein des équipes, ainsi qu'une personnalisation accrue des soins grâce à une connaissance plus intime des usagers et de leurs besoins. Cependant, ce cadre restreint peut également présenter des défis, notamment la dépendance sur quelques personnes pour la gestion de plusieurs dossiers critiques, tels que ceux de la DSP, la DSI-SM et la Pharmacie. Cette concentration de responsabilités peut entraîner des risques en cas d'absences prolongées ou de surcharge de travail. Le défi d'être petit et d'avoir les mêmes obligations que les plus grands se fait sentir par la difficulté d'avoir des leaders cliniques administratifs concentrés sur chacune des fonctions de l'organisation. Le cumul de nombreuses tâches par les directions, bien qu'efficace, présente une zone de vulnérabilité.

Bien que la création de l'INPLPP remonte à plusieurs décennies, il a été bien entretenu et propre. Les efforts constants pour maintenir et améliorer les installations témoignent de l'engagement de l'INPLPP à offrir un environnement de qualité tant pour les usagers que pour le personnel. Ce soin apporté à l'entretien des lieux contribue également à créer une atmosphère sécurisante et accueillante, essentielle au bien-être des usagers et à l'efficacité des soins prodigués.

L'INPLPP se distingue également par ses projets innovants, tels que les initiatives de télésanté et les projets d'environnement, qui montrent une volonté de rester à la pointe des technologies et des pratiques durables.

Cependant, il est crucial de clarifier les responsabilités en matière de communication interne pour s'assurer que les informations soient diffusées à tout le personnel, en particulier le personnel infirmier. De plus, il est important de renforcer la culture d'écriture au sein de l'INPLPP. Bien que les pratiques et les protocoles soient respectés, cela ne se reflète pas toujours dans les documents officiels, ce qui nécessite des révisions et des approbations régulières pour garantir la cohérence et la conformité.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'usager est au cœur de toute activité, et les réflexions de l'organisation visent toujours à lui donner cette place primordiale. Cet engagement garantit une approche centrée sur l'usager, où chaque décision et action de l'institut est orientée vers l'amélioration de leur expérience et de leurs résultats de santé.

L'INPLPP a mis en place une culture d'amélioration continue, où les pratiques et les processus sont régulièrement évalués et ajustés pour garantir la plus haute qualité de soins. Des audits internes et externes, des revues de performance et des comités de qualité contribuent à maintenir cette dynamique.

Le personnel de l'INPLPP est activement engagé dans les initiatives de qualité. Des programmes de formation et de sensibilisation sont régulièrement organisés pour maintenir un haut niveau de conscience et de compétence en matière de qualité des soins.

Des indicateurs de performance clé en matière de qualité et de sécurité sont continuellement surveillés. Ces données sont analysées pour identifier les tendances, les écarts et les opportunités d'amélioration.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installation évaluée pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Télésanté
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Programme de prévention et de contrôle des infections
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Institut National de Psychiatrie Légale Philippe-Pinel	Gestion du circuit du médicament

Résultats 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 manuels d'évaluation 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.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

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.)	27	1	1	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	0	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	32	3	4	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	161	11	7	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	168	18	27	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	38	0	0	38
Total	462	33	39	534

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	0 / 0	0.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	2 / 5	40.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	2 / 6	33.33%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	4 / 7	57.14%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		54 / 64	84.38%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

4,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Forces :

L'INPLPP démontre une capacité impressionnante en matière de leadership dans la planification et l'organisation de ses services. Son affiliation avec l'Université de Montréal renforce son approche basée sur des preuves et sur les meilleures pratiques en psychiatrie légale.

Vision stratégique et mission: L'INPLPP possède une vision et une mission clairement définies, axées sur l'offre de services surspécialisés en psychiatrie légale. Cette vision est alignée avec les besoins spécifiques de la population qu'elle dessert, ce qui permet une orientation stratégique cohérente et ciblée.

Évaluation continue des besoins : L'INPLPP utilise une approche rigoureuse d'évaluation continue des besoins de la population. Des outils et des méthodologies variés, tel que des enquêtes de satisfaction des usagers, des analyses de données épidémiologiques, et des consultations avec les parties prenantes, sont employées pour ajuster et améliorer les services offerts.

Innovation et recherche : En tant qu'hôpital universitaire, l'INPLPP est à l'avant-garde de la recherche en psychiatrie légale. Les recherches menées influencent directement la pratique clinique et la planification des services, permettant l'intégration rapide des nouvelles connaissances et des innovations thérapeutiques.

Partenariats et Collaborations : L'INPLPP a établi des partenariats solides avec diverses institutions de santé, des organismes communautaires, et des entités gouvernementales. Ces collaborations facilitent une approche intégrée et holistique des soins, tout en assurant une continuité des services pour les usagers.

Pistes d'amélioration :

Renforcement de la communication interne : Bien que l'INPLPP excelle dans la planification et l'organisation, il pourrait bénéficier d'un renforcement de la communication interne. Améliorer les canaux de communication entre les divers services et départements pourrait favoriser une coordination plus efficace et une meilleure intégration des soins.

Augmentation de la flexibilité des services : L'évolution rapide des besoins de la population nécessite une adaptabilité accrue des services. L'INPLPP pourrait envisager d'introduire des mécanismes permettant une plus grande flexibilité et réactivité dans l'organisation de ses services, notamment en période de crises sanitaires ou sociales où le recours aux services spécialisés est en croissance.

Approfondissement de l'engagement des usagers et de leur famille : Bien que l'INPLPP intègre déjà les rétroactions des usagers, un engagement plus profond des usagers et de leur famille dans la planification des services pourrait enrichir encore davantage la pertinence et l'efficacité des soins. Créer des comités consultatifs composés d'usagers et de leur famille pourrait être une voie prometteuse.

Optimisation des ressources technologiques : L'adoption et l'optimisation des technologies de l'information et de la communication pourraient améliorer la planification et l'organisation des services. L'INPLPP pourrait investir davantage dans des systèmes de gestion de l'information de santé (SGIS) avancés pour faciliter le suivi des usagers et l'analyse des données. À titre d'exemple, la saisie des Rapports d'accident (AH-223) est toujours réalisée manuellement.

En conclusion, l'INPLPP montre un leadership fort et une capacité avérée à planifier et organiser des services selon les besoins de la population. En abordant les pistes d'amélioration identifiées, il pourra renforcer encore davantage son excellence et son efficacité dans la prestation des soins de psychiatrie légale.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.8	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique et une procédure sur la déclaration, l'enquête et la résolution en toute sécurité des violations du code de conduite.	Priorité élevée
2.2.9	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des mécanismes permettant d'évaluer et d'améliorer le respect du cadre éthique de l'établissement.	Priorité élevée
2.11.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un plan de gestion des risques documenté permettant d'intégrer les activités de gestion des risques de l'ensemble des directions.	Priorité élevée
2.11.5	Les gestionnaires de l'établissement évaluent de façon continue l'efficacité du cadre de gestion intégré des risques et l'améliore à la lumière des résultats obtenus.	Priorité élevée

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Évaluation du chapitre : 94,4 % des critères sont conformes

5,6 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'INPLPP se distingue par une gestion rigoureuse et efficace de ses ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Son affiliation avec l'Université de Montréal renforce cette capacité en apportant une expertise académique et de meilleures pratiques.

Ressources humaines :

L'INPLPP emploie une équipe hautement qualifiée et spécialisée en psychiatrie légale, comprenant entre autres des psychiatres, psychologues, infirmières, et autres professionnels de la santé mentale. La formation continue et le développement professionnel sont encouragés, assurant que le personnel reste au fait des dernières avancées et pratiques cliniques.

L'INPLPP cultive un environnement de travail positif et soutenant, favorisant la collaboration et l'innovation. Les programmes de bien-être et de soutien au personnel contribuent à maintenir une haute morale et un faible taux de turnover.

Bien que l'INPLPP dispose d'un personnel hautement qualifié, il devrait renforcer les compétences des ressources, notamment par des formations spécifiques, il pourrait aussi optimiser encore davantage l'efficacité organisationnelle. L'établissement vit des enjeux de libération des ressources humaines limitant les formations où le personnel doit être remplacé. Elle se doit d'innover afin de trouver des stratégies permettant de libérer son personnel nécessitant des formations requises dans le cadre de leur exercice professionnel.

La direction est encouragée à faire l'exercice de la « sur dotation » de ses structures des ressources humaines (RH) afin d'accroître le bassin d'expertise au sein des équipes. L'exploitation de cette stratégie serait également gagnante pour libérer les professionnels ayant besoin de formation et perfectionnement. Cette stratégie permettrait également assurer une adéquation parfaite entre les besoins de l'INPLPP et les compétences disponibles.

Ressources Matérielles :

L'INPLPP dispose d'installations hautement sécuritaires et bien équipées, offrant un environnement sécurisé et adapté aux besoins des usagers et du personnel. Pour aller encore plus loin dans l'adaptation des installations aux besoins des usagers, des améliorations de « milieu de vie » pourraient être envisagés lorsque l'utilisateur doit y séjourner pour une longue période de temps, voire des années. Par ailleurs, l'établissement doit composer avec des normes de sécurité élevées tout en assurant la qualité des soins et des services. Un projet immobilier majeur est en cours afin d'améliorer certains des environnements physiques plus vétustes.

La gestion proactive et efficace des équipements médicaux et des infrastructures permet une utilisation optimale des ressources matérielles, minimisant les interruptions de service et maximisant la disponibilité des ressources.

Intégrer des pratiques de développement durable dans la gestion des ressources matérielles et financières pourrait contribuer à la responsabilité environnementale de l'INPLPP tout en optimisant les coûts à long terme.

Ressources financières :

L'INPLPP applique des pratiques de gestion budgétaire rigoureuses, assurant une allocation optimale des ressources financières. Les processus de budgétisation et de contrôle financier sont transparents et bien documentés. L'établissement est en équilibre budgétaire.

L'INPLPP diversifie ses sources de financement à travers des subventions, des partenariats, et des collaborations avec des entités publiques et privées, réduisant ainsi la dépendance à une seule source de financement.

Ressources informationnelles :

L'INPLPP utilise des systèmes d'information tant d'un point de vue clinique qu'administrative, facilitant la gestion des dossiers des usagers, la coordination des soins, et l'analyse des données pour une prise de décision éclairée.

La sécurité des données et la confidentialité des informations des usagers sont des priorités. Des protocoles stricts de sécurité informatique sont en place pour protéger les données contre les accès non autorisés et les cyberattaques. Les règles appliquées aux services des archives cliniques respectent, en tous points, les standards.

Bien que les systèmes d'information soient disponibles, une intégration et une utilisation plus poussées des technologies émergentes pourraient soutenir les professionnels dans leurs activités de soins et l'efficacité administrative.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un cadre de référence en gestion des talents pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre, préparer la relève et favoriser le cheminement de carrière au sein de l'établissement.	Priorité normale
3.3.13	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des stratégies de rétention de la main-d'œuvre et évaluent régulièrement l'efficacité de ces mesures.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 81,0 % des critères sont conformes

19,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'INPLPP fait preuve d'un engagement envers la gestion de la qualité et des risques, illustrant un leadership solide et une culture organisationnelle axée sur l'amélioration continue des soins et la sécurité des usagers.

Culture de la qualité :

L'INPLPP a mis en place une culture d'amélioration continue, où les pratiques et les processus sont régulièrement évalués et ajustés pour garantir la plus haute qualité de soins. Des audits internes et externes, des revues de performance et des comités de qualité contribuent à maintenir cette dynamique.

Le personnel de l'INPLPP est activement engagé dans les initiatives de qualité. Des programmes de formation et de sensibilisation sont régulièrement organisés pour maintenir un haut niveau de conscience et de compétence en matière de qualité des soins.

Gestion des risques :

L'INPLPP adopte une approche proactive dans l'identification et l'évaluation des risques. Des outils d'évaluation des risques, tels que les analyses des causes profondes et les matrices de risques, sont utilisés pour anticiper et prévenir les incidents.

L'INPLPP dispose de plans de réponse aux urgences bien définis et régulièrement mis à jour. Des exercices de simulation et des formations sur la gestion des crises permettent de préparer efficacement le personnel à réagir en cas de situations critiques.

La direction doit encourager la déclaration par le personnel à signaler les événements indésirables sans crainte de représailles. Cela permet une analyse rapide et une mise en place de mesures correctives appropriées. La direction est encouragée à déployer l'informatisation de ce processus.

Renforcer et diversifier les programmes de formation continue pour le personnel sur la gestion des risques, y compris des modules sur les risques émergents et les meilleures pratiques internationales, pourrait améliorer la préparation et la réactivité.

Améliorer la transparence et le partage d'informations sur les incidents et les actions correctives, à la fois en interne et avec les parties prenantes externes, pourrait renforcer la confiance et l'engagement collectif dans les initiatives de qualité et de sécurité. La direction est également encouragée à mettre de l'avant ses « Bons coups » car ils sont nombreux et contribueraient à l'image de marque d'un tel L'INPLPP.

Intégrer des pratiques de développement durable dans la gestion des risques pourrait non seulement contribuer à la responsabilité environnementale de l'INPLPP et la sécurité.

Culture de la mesure :

Des indicateurs de performance clé en matière de qualité et de sécurité sont continuellement surveillés. Ces données sont analysées pour identifier les tendances, les écarts et les opportunités d'amélioration. Une analyse plus approfondie des données d'ordre cliniques et des tendances pourrait offrir des pistes supplémentaires pour l'amélioration continue. L'adoption d'outils analytiques avancés pourrait être bénéfique.

Partenariats :

Des partenariats avec d'autres institutions de santé, des organismes de réglementation et des groupes de recherche permettent de partager de meilleures pratiques et de renforcer les efforts de gestion de la qualité et des risques.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.2.6	Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
4.2.6.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	
4.2.6.3	Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.	
4.2.6.4	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.	
4.3.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système normalisé et facile à utiliser pour déclarer les incidents liés à la sécurité.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.	POR
4.3.2.1	Une procédure documentée et coordonnée qui comprend les éléments suivants est mise en œuvre pour divulguer les incidents liés à la sécurité à l'endroit des usagers et des personnes proches aidantes : Quels incidents liés à la sécurité des usagers doivent être divulgués. Qui est chargé de diriger et d'appuyer le processus de divulgation. Quels éléments concernant l'incident peuvent être communiqués et à qui. Quand et comment divulguer l'information. Où consigner l'information sur la divulgation.	
4.3.2.2	La procédure de divulgation est passée en revue et mise à jour avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.	
4.3.2.3	Les personnes responsables de gérer et soutenir le processus reçoivent de la formation sur la divulgation.	
4.3.2.6	La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives.	POR
4.3.3.2	L'information est partagée avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin qu'ils comprennent quels incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, quand et comment le faire.	
4.3.3.3	Une formation documentée sur l'intervention immédiate lors d'incidents liés à la sécurité des usagers est mise en œuvre pour la main-d'œuvre.	
4.3.3.7	L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre; recueillir la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet du mécanisme en place; assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'incident et de sa gravité; examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues; déterminer si la main-d'œuvre se sent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers.	

Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'établissement traite avec la plus grande des importances, la gestion des risques et la sécurité. L'équipe, bien que composée de certains membres temporaires, est très connaissante et performante en la matière. Les simulations faites de façon très sérieuse ont mené à des améliorations notables. L'établissement dispose de plan et de ressources pour faire face à presque toutes les éventualités. Ce dernier a été mis à l'essai et l'analyse post-situation est utilisée pour le bonifier.

Le personnel connaît l'importance des mesures d'urgence et est en mesure de nous dresser les grandes lignes du plan. L'adhésion est importante et les participants sont pleinement conscients de la valeur de ce plan dans une organisation comme la leur. De plus des outils de communication éprouvés sont en place pour assurer le bon fonctionnement et une diffusion claire et accessible de l'information.

Le matériel est rigoureusement vérifié et le plan d'évacuation est soigneusement élaboré. La pratique d'évacuation est un exercice cliniquement à haut risque, par contre des moyens autres de simuler sont utilisés. L'établissement est invité à réfléchir sur des modèles de pratiques qui soient à la fois efficaces et cliniquement sécuritaires. Le leadership est solidement assuré par des experts aux compétences indéniables. Cependant la non-réurrence de leur poste pose une zone d'inquiétude pour le visiteur.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de la visite, les visiteurs ont eu la chance d'échanger avec des gens accueillants, passionnés de leur secteur.

La télésanté à l'INPLPP n'a rien de nouveau. La pandémie n'a fait que confirmer les besoins de déployer ces services, surtout dans le contexte des usagers de cet établissement et des conditions d'utilisation de télésanté. On ne parle pas ici juste de téléconsultation. Les règles et les directives ministérielles sont respectées à tous les niveaux.

Les directions concernées travaillent ensemble de façon étroite. Ils sont à la recherche continue de façons de faire pour optimiser leurs services afin de répondre aux besoins et même plus. Quelques projets sont en cours dont un service hybride au niveau de comparutions, une approche en thérapies de groupe (ex. pour usagers éloignés ou mobilités réduites) et une télééducation plus accessible.

Ils n'hésitent pas de partager leur savoir-faire et les fruits de leurs travaux, et ce, à travers la province. Ils sont en communication constante avec leur communauté de pratique.

Leurs défis consistent à maintenir leurs services et à garder leur volonté de développer ou étendre les projets nommés.

Tous les dossiers numériques engendrent aussi les défis de confidentialité, d'éthique et de sécurité (cybersécurité). Ils doivent demeurer sur le qui-vive et s'assurer de demeurer en vigueur avec les nouvelles données probantes et les directives du MSSS.

Le développement de la télésanté à l'INPLPP a commencé il y a plusieurs années, bien avant que ce soit devenu essentiel en raison, entre autres, de la pandémie. L'INPLPP est fier des progrès réalisés et collabore avec des partenaires internes et externes à différents niveaux. Leur SharePoint Télésanté, contenant de nombreux documents et liens essentiels, est accessible à toute la communauté de pratique à l'échelle provinciale. Il est à souligner que cette équipe a remporté le prix d'excellence des Initiatives numériques 2023 de l'administration publique. Pour maintenir et développer les acquis, il est important d'avoir des documents écrits à jour et de s'assurer de leur diffusion aux partenaires concernés. La télésanté doit continuer à évoluer, en mettant à jour régulièrement les procédures et en maintenant une communication claire avec tous les partenaires impliqués.

Enfin, l'INPLPP démontre une capacité remarquable à fournir des soins spécialisés tout en s'adaptant aux défis liés à la gestion des ressources et à l'innovation. En renforçant la documentation et la diffusion des politiques, en optimisant la gestion des médicaments et en continuant à développer la télésanté, l'INPLPP pourra continuer à offrir des soins de haute qualité et à maintenir sa position de leader en psychiatrie légale.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 97,1 % des critères sont conformes

2,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe PCI fait preuve d'une très grande rigueur et d'une grande efficacité. Le visiteur a pu observer une gestion rigoureuse des éclosions. Les leaders de la PCI sont tout à fait habiles à expliquer la très grande importance de la PCI dans un établissement de ce type. De plus l'information est diffusée aux équipes et les gens se sentent partie prenante de la PCI dans leur établissement. Les employées rencontrées sont capables de nous parler de la PCI, de ces actions et de son importance.

La communication entre la PCI, le personnel et les usagers est fluide et efficace, la culture de la mesure est bien intégrée et la vision de la PCI est orientée de façon palpable sur l'amélioration continue. Bien que petite, l'équipe PCI est très impliquée et disponible pour l'ensemble de l'organisation.

La formation, l'information et le partage des données sont disponibles en quantité, en variété et en qualité nécessaire. Soulignons que cette communication qui touche à la fois le personnel et les usagers est très bien adaptée au public ciblé.

En conclusion, la seule inquiétude du visiteur est au niveau de la précarité (en nombre et en charge de travail) de l'ensemble des composantes de l'équipe PCI. Le leadership est partagé et une piste d'amélioration potentielle serait de consolider le leadership de façon pérenne.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.2	Le comité interdisciplinaire définit clairement les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.3.16	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour soutenir les activités d'amélioration de la qualité liées à la prévention et au contrôle des infections.	Priorité normale

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 80,8 % des critères sont conformes

19,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

À l'INPLPP il y a peu de matériel « médicale », du fait même que le service de retraitement des dispositifs médicaux est très petit et se limite aux services des soins dentaires. À titre d'exemple, il n'y a pas d'endoscope dans l'établissement.

Lorsque du matériel est nécessaire, le personnel utilise des instruments à usage unique. Nonobstant le faible volume, l'établissement traite quand même le dossier des RDM avec beaucoup de rigueur, ces pratiques sont sous la DSM-DSI qui assurent l'application des normes et de la validation externe des tests microbiologiques.

L'établissement est conscient qu'avec l'évolution des normes et le développement de la pratique médicale, la mise sur pied d'un service de RDM est une option à envisager.

Le visiteur souligne en conclusion que la disposition des locaux (très petit local pour l'ensemble d'une offre de soins) rend non conforme en quelques points le RDM.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.16	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.	Priorité élevée
9.3.17	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la stérilisation rapide.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.23	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les indicateurs chimiques internes et externes.	Priorité élevée
9.4.8	L'équipe contrôle l'accès à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux en limitant cet accès aux personnes autorisées.	Priorité élevée
9.4.9	L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.	Priorité élevée
9.6.2	Les gestionnaires de l'établissement recueillent sur une base régulière des données découlant des indicateurs pour suivre les progrès visant l'amélioration de la qualité.	Priorité normale
9.6.3	Les gestionnaires de l'établissement apportent des améliorations aux services de retraitement des dispositifs médicaux sur la base des résultats obtenus, des nouvelles connaissances et de la mise en place des mesures d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
9.6.4	Les gestionnaires de l'établissement communiquent l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent aux parties prenantes, aux équipes et à d'autres établissements.	Priorité normale

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 96,6 % des critères sont conformes

3,4 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Considérant la mission de l'INPLPP et des besoins en services pharmaceutiques, la pharmacie de l'INPLPP n'a pas de service central d'additifs aux solutés (préparations stériles).

La pharmacie de l'INPLPP est fonctionnelle malgré des espaces assez limités. Heureusement, la mission de l'établissement ne nécessite pas de secteurs particuliers tels que des salles de préparations magistrales stériles ou non stériles des médicaments, ce qui permet d'optimiser l'utilisation de l'espace disponible. La petite équipe, surtout au niveau des services pharmaceutiques, est très soudée et fière de montrer tout ce qu'ils ont mis en place. Les soins pharmaceutiques sont bien développés selon les besoins de la clientèle desservie.

Nous trouvons dans cette pharmacie les équipements requis pour le fonctionnement malgré les espaces étroits. Nous avons observé les mêmes conditions sur les unités de soins.

Au niveau du système d'information de pharmacie, les prescripteurs et FADM électroniques ne sont pas encore disponibles. De même, les résultats de laboratoire ne sont pas intégrés au logiciel de pharmacie.

Les soins pharmaceutiques sont assez bien développés, surtout avec les investissements cliniques des dernières années. Cela a permis aux pharmaciens de prendre en charge le dossier de bilan comparatif du médicament.

Le comité de pharmacologie joue un rôle très élargi, celui du mandat classique d'un comité de pharmacologie et tout autre dossier de la gestion du circuit du médicament. Certaines fonctions pourraient être transférées à un autre comité interdisciplinaire.

Quelques pistes d'améliorations sont à considérer et à prioriser :

La mise en place d'un comité interdisciplinaire (anciennement comité pharmacie - soins infirmiers), avec tous les acteurs requis, devrait être faite dès que possible. Celui-ci pourra assurer une meilleure coordination et supervision des pratiques pharmaceutiques. Cela permettrait également de gérer les éléments irritants quotidiens en lien avec le circuit du médicament et libérerait le comité de pharmacologie pour d'autres dossiers. Cela devrait faciliter également les communications et les suivis à faire par le personnel infirmier. De plus, les analyses conjointes des rapports incidents-accidents pourraient se faire lors des rencontres du comité.

Les bilans comparatifs du médicament sont faits par le personnel de pharmacie dont les pharmaciens. Il y a lieu de revoir la gouvernance et la politique de ce processus afin de bien clarifier le tout.

Actuellement, les ordonnances sont faites manuellement (en papier), ce qui comporte des risques d'omission ou d'erreur. Le projet de prescripteur-FADM électronique, quoique le pilotage des données soit fait, accuse des délais. Dépendamment du moment où cet outil sera en vigueur, il y a sans doute une opportunité de regarder et de permettre aux prescripteurs de faire des ordonnances à partir des documents existants (profil DSQ, profil d'un autre établissement, etc.) et éviter la retranscription manuelle.

L'intégration d'un support administratif serait à considérer pour réattribuer certaines tâches administratives présentement complétées par les pharmaciens permettant de libérer de leur temps. Cela aiderait aussi à développer une culture de documentation, incluant des comptes rendus des rencontres et des publications, qui est essentiel pour assurer la traçabilité et le partage des informations pertinentes. En rayonnant à travers le Québec avec leurs pratiques spécialisées, telles que l'utilisation de médicaments hors indication, l'INPLPP pourra mieux partager ses connaissances et contribuer à l'amélioration des soins pharmaceutiques à l'échelle provinciale.

Le projet de déménagement temporaire et permanent du département de pharmacie va générer des réflexions et des travaux, ce qui va constituer également un enjeu de plus.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.11.1	Le comité interdisciplinaire évalue les incidents déclarés ou évités de justesse liés à la gestion du circuit du médicament qui auraient pu causer des préjudices, identifie les améliorations à apporter et effectue le suivi de leur application.	Priorité élevée
10.11.2	Le comité interdisciplinaire évalue la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement pour en apporter des améliorations.	Priorité normale
10.11.4	Le comité interdisciplinaire utilise des critères pour établir la priorité des incidents déclarés liés à la gestion du circuit du médicament pour déterminer ceux qui devront être analysés plus en profondeur.	Priorité élevée