



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## Rapport d'agrément

Rédigé pour :  
**Douglas Institut universitaire en santé  
mentale**  
Verdun, QC

Dates de la visite :  
17 au 21 avril 2011

26 mai 2011



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

Agréé par ISQua

## À propos du présent rapport

Les résultats de cette visite d'agrément figurent dans le présent rapport qui a été préparé par Agrément Canada à la demande du Douglas Institut universitaire en santé mentale.

Le présent rapport est rédigé à partir de renseignements fournis à Agrément Canada par l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour mener la visite d'agrément et préparer le rapport. Le contenu du présent rapport fera l'objet d'une révision de la part d'Agrément Canada. Toute modification du rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme suivant : Douglas Institut universitaire en santé mentale. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer l'information qu'il contient auprès des clients, de la communauté, des membres du conseil d'administration, du personnel et d'autres intervenants, et ce, en vue de favoriser la transparence.

## Table des matières






Au sujet du rapport.....	ii
Sommaire de la visite d'agrément.....	1
Commentaires généraux des visiteurs.....	2
Commentaires de l'organisme.....	4
Pratiques exemplaires.....	5
Analyse selon les dimensions de la qualité.....	6
Aperçu par section de normes.....	7
Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR).....	8
Résultats détaillés de la visite d'agrément.....	9
Résultats de mesures de rendement.....	28
<i>Résultats découlant des outils</i> .....	28
Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément.....	39

## Au sujet du rapport

Le rapport d'agrément contient les constatations découlant de la visite d'agrément de l'organisme. Par les commentaires et les possibilités d'amélioration présentés dans le rapport, Agrément Canada compte aider l'organisme à améliorer les soins et les services qu'il offre à sa clientèle et à la communauté.

### Légende

Un certain nombre de symboles sont utilisés tout au long du rapport. Veuillez vous reporter à la légende ci-dessous pour obtenir une description de ces symboles.

-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte VERT a été émis n'auront pas à faire l'objet d'améliorations. Il n'est pas nécessaire de fournir des preuves des mesures prises pour ces secteurs.
-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte JAUNE a été émis devront faire l'objet de certaines améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte jaune a été émis.
-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte ROUGE a été émis devront faire l'objet d'importantes améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte rouge a été émis.
-  Les pratiques exemplaires sont des pratiques appliquées par l'organisme et qui ont un lien avec les normes. Alors que les forces sont reconnues pour ce qu'elles offrent à l'organisme, les pratiques exemplaires sont dignes de mention pour ce qu'elles peuvent apporter au milieu en général.
-  Les éléments pour lesquels il y a une flèche dirigée vers le haut sont liés à un critère à risque élevé.

## Sommaire de la visite d'agrément

### Douglas Institut universitaire en santé mentale

---

Cette section du rapport offre un sommaire de la visite d'agrément et la décision relative au type d'agrément.

Dates de la visite 17 au 21 avril 2011

Date d'émission du rapport : 26 mai 2011

Type d'agrément	Agrément avec condition
-----------------	-------------------------

### Emplacements

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Institut universitaire en santé mentale douglas

### Secteurs de services

Les secteurs de services suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Santé mentale
- 2 Service des urgences
- 3 Soins et services à domicile

## Commentaires généraux des visiteurs

Les commentaires généraux concernant la visite sont fournis :

Affilié à l'Université McGill, Douglas Institut universitaire en santé mentale a été désigné Institut universitaire en santé mentale en 2006. Déjà largement reconnu pour ses soins et ses services de 2e et de 3e lignes, ses nombreux programmes d'enseignement et son centre de recherche en neurosciences et santé mentale en constante évolution depuis sa création en 1979, Douglas Institut universitaire en santé mentale continue de progresser comme chef de file au pays et à l'étranger.

En complémentarité avec la mission de recherche de l'Institut, le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) de Montréal travaille avec les chercheurs de l'Institut Douglas pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale à travers le monde. Établi à l'Institut Douglas en 1982, le centre collaborateur OMS /OPS de Montréal est particulièrement actif dans les pays d'Amérique latine où le manque de spécialistes en santé mentale est flagrant et les besoins criants.

L'Institut possède une forte culture universitaire et une recherche constante de l'excellence que les visiteurs ont été en mesure de constater.

Douglas Institut universitaire en santé mentale compte 1,425 employés, dont près de 275 au Centre de recherche. L'Institut compte notamment sur 60 médecins, 555 professionnels, 128 autres prestataires de soins, 465 employés de soutien, 54 chercheurs principaux et 16 chercheurs et cliniciens associés pour réaliser sa mission, recevant annuellement au-delà de 250 résidents, des internes et des étudiants.

L'Institut dessert notamment la population de la sous-région du sud-ouest de Montréal et assume des soins et des services de soins spécialisés et surspécialisés dans certains domaines pour la région métropolitaine de Montréal, atteignant dans certaines disciplines une plus grande partie du territoire québécois.

L'Institut dispose de 241 lits de courte durée, avec plus de 1,800 admissions par année, et reçoit près de 9,250 usagers en clinique externe et autour de 4,450 usagers à son service d'urgence. Au cours de la dernière année, 74 patients ont bénéficié d'un suivi intensif dans la communauté sur une base mensuelle moyenne, et 43 au niveau des soins d'intensité variable.

Depuis la dernière visite en 2008, l'Institut a accordé un suivi rigoureux aux recommandations d'Agrément Canada et a maintenu la mobilisation de l'ensemble de l'organisation dans le programme d'agrément. À titre d'exemple, 14 équipes qualité ont maintenu des activités régulières, dans une structure de gestion intégrée dont le cadre conceptuel a été mis en place pour favoriser l'intégration des meilleures pratiques, l'interdisciplinarité et la convergence des diverses activités d'amélioration continue et de gestion des risques, le tout aligné sur les orientations organisationnelles et l'atteinte des résultats attendus.

Parmi les grands défis qui confrontent l'Institut, il y a lieu de mentionner le problème de remplacement des médecins-psychiatres, compte tenu des règles particulières imposées aux régions universitaires par le ministère de la santé et des services sociaux pour les effectifs médicaux en psychiatrie. Cette situation a pour effet que, étant donné que la moyenne d'âge des médecins-psychiatres de l'Institut est plus élevée que dans d'autres milieux comparables, la disponibilité d'un nombre suffisant de psychiatres risque d'entraîner une révision de l'organisation des services.

Un défi particulier se pose à la direction de l'Institut avec le départ à la retraite du directeur général d'ici la fin du mois d'avril 2011, jumelé au départ annoncé du directeur des services professionnels et directeur médical des programmes clientèles, ce qui représente un important défi de continuité pour l'établissement. Le conseil d'administration en est bien conscient et les personnes intérimaires ont été désignées pour assurer le suivi durant la période de recrutement.

Un autre grand défi réside sur la réalisation d'un projet d'envergure visant la construction d'un nouvel édifice regroupant la majorité des services offerts actuellement dans les 36 bâtisses qui sont réparties sur le même site. En attendant, un projet d'agrandissement du service d'urgence a été autorisé afin d'améliorer l'environnement et la sécurité des soins.

Une nouvelle planification stratégique (2011-2014) vient tout juste d'être complétée et adoptée par le conseil d'administration en février 2011. La démarche a permis de nombreuses consultations internes et externes (groupes de discussions) et a constitué un projet rassembleur pour l'établissement.

La culture de la qualité, de la gestion des risques et de la promotion d'un environnement sécuritaire est bien établie. D'ailleurs, les activités d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, soutenues par une direction de la qualité dynamique, sont bien intégrées dans la structure organisationnelle des programmes clientèles. C'est ainsi qu'un taux de participation de près de 70 % a été obtenu lors du questionnaire d'autoévaluation associé au processus d'agrément.

L'établissement a été choisi pour concevoir et mettre en oeuvre le volet santé mentale qui se greffera au dossier patient électronique (DPE) développé régionalement à partir de la plateforme OACIS, soit la même que pour tous les établissements de la région sociosanitaire de Montréal.

L'établissement vient de compléter un plan de transfert de ressources professionnelles pour un montant de 5 M\$, qui se retrouvaient encore sous sa responsabilité, au service de première ligne. Une deuxième phase prévoit le transfert des ressources non institutionnelles d'ici la fin de l'année financière courante, bien que l'établissement ait accepté d'en être fiduciaire. La finalisation de ces transferts permet à l'établissement de se concentrer davantage sur sa mission sans toutefois négliger l'importance de son soutien dans la trajectoire de services.

Néanmoins, bien que des efforts importants aient été consentis pour améliorer l'accès aux soins et services, des délais importants persistent, notamment dans les programmes des troubles envahissants du développement, des troubles de l'alimentation et ACT, et nécessitent des actions à court terme pour assurer la qualité du service et la sécurité pour les patients.

Les communications sont franches et ouvertes à tous les paliers de l'établissement, allant de la rencontre mensuelle du directeur général avec l'ensemble des gestionnaires et des rencontres d'équipes aux divers outils de communications à l'échelle de l'organisation. D'ailleurs, l'ouverture d'esprit des personnes rencontrées durant la visite d'agrément et leur implication dans le processus de la visite nous ont démontré que l'information circule librement.

Le récent exercice de planification stratégique a été une occasion privilégiée pour l'établissement pour prendre le pouls de ses principaux partenaires et entendre leurs attentes. Un comité de coordination a été mis en place avec les partenaires pour soutenir la trajectoire de service. Des ententes ont été établies avec les hôpitaux de la sous-région du sud-ouest de Montréal pour le transfert de la clientèle en santé mentale en provenance de leur service d'urgence, ces derniers n'ayant pas de service de psychiatrie. Les partenaires de la 1<sup>re</sup> ligne, avec lesquels les visiteurs ont été en relation, témoignent de partenariats récents ou dont les résultats sont encore embryonnaires.

Enfin, l'établissement a mis en place un site Web de référence dans une optique d'éducation grand public. Les contenus, rédigés par les équipes cliniques et de recherche, touchent la santé mentale et l'accès au site se module en fonction des champs d'intérêt de l'utilisateur.

## Commentaires de l'organisme

L'organisme n'a aucun commentaire à émettre pour l'instant.



## Pratiques exemplaires

### Reconnaître l'innovation et la créativité dans la prestation des soins de santé au Canada

Les pratiques exemplaires s'avèrent des pratiques organisationnelles dignes de mention ou exemplaires qui démontrent la qualité élevée du leadership et de la prestation de services. Agrément Canada considère que ces pratiques méritent vraiment d'être reconnues puisqu'elles démontrent que les organismes s'efforcent d'atteindre l'excellence dans leur domaine spécifique ou pour ce qu'elles apportent aux soins de santé dans leur ensemble. Ces pratiques peuvent être qualifiées d'exemplaires dans une région géographique bien précise ou dans un secteur de prestation de services particulier ou encore dans le cas d'une question précise liée à la santé.

Une pratique exemplaire :

- est originale et innovatrice;
- fait preuve d'efficacité dans la pratique;
- est liée aux normes d'Agrément Canada;
- peut être adaptée à d'autres organismes.

Douglas Institut universitaire en santé mentale méritent des félicitations pour ce qui suit :



#### École Mini Psy/Mini-Psych School

Une maladie mentale qui est correctement diagnostiquée, acceptée et contrôlée peut changer de façon positive la vie d'une personne et de ses proches. Une collectivité sociale composée d'individus mieux informés et refusant les idées reçues et fausses concernant la maladie mentale peut réussir à bâtir une communauté plus équitable et inclusive. Ce sont parmi les principales répercussions que la pratique exemplaire soumise ici peut contribuer à atteindre.

L'Institut Douglas, qui emploie des chercheurs de haut niveau et des professionnels de la santé mentale, a pris la responsabilité de diffuser, par l'entremise de la mise en place de l'École Mini Psy, une information validée qui repose sur les meilleures pratiques. Il souhaite encourager les gens à prendre soin de leur santé mentale comme ils prennent soin de leur santé physique. Cette série de cours porte sur différentes maladies mentales ou enjeux en santé mentale. Les cours sont donnés par des chercheurs et professionnels de la santé mentale du Douglas. Les cours sont filmés et diffusés sur les réseaux sociaux. Des coffrets DVD sont produits après chaque saison et sont mis à la disposition de tout individu ou organisme souhaitant s'informer sur les sujets enseignés à l'École Mini Psy.  
(Gouvernance durable)



#### Programme spécialisé de transfert de connaissance sur le traitement des Troubles Alimentaires (TA) pour les ressources de première et de deuxième ligne offert par le programme des troubles de l'alimentation (PTA) de l'Institut Douglas

Au cours des trois dernières années, le PTA a développé un programme formel de transfert de connaissance. Ce programme fournit un personnel dédié dont le rôle est d'aider à stimuler des arrangements de soins partagés avec les partenaires communautaires. Le format usuel des efforts pour l'enseignement inclut quelques-unes ou toutes les composantes suivantes : a) une journée complète d'ateliers sur la gestion des troubles alimentaires offerte aux cliniciens intéressés dans le domaine b) deux ou trois demi-journées d'ateliers intensifs offerts à du personnel sélectionné appelé à développer un rôle d'expert, c) permettre au personnel sélectionné d'observer un groupe de thérapie et les autres modalités de traitement offerts par le PTA, d) supervision et consultations face à face ou téléphonique. Nous avons envoyés des invitations à participer à ces formations aux CSSS intéressés dans toute la province. (Populations vivant avec une maladie mentale)

## Analyse selon les dimensions de la qualité

Le tableau qui suit offre un aperçu des résultats de l'organisme par dimension de la qualité. La première colonne énumère les dimensions de la qualité utilisées. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour chaque dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	41	3	0	44
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	41	3	0	44
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	181	8	26	215
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	62	3	0	65
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	42	3	5	50
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	17	1	0	18
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	259	17	21	297
Efficiences (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	25	2	2	29
<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>762</b>

## Aperçu par section de normes

La première colonne indique la section de normes qui a été utilisée. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour la section de normes.

Section de normes	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Gouvernance durable	90	1	0	91
Efficacité organisationnelle	102	4	0	106
Prévention des infections	72	7	24	103
Normes de gestion des médicaments	127	1	7	135
Services de santé mentale	101	9	1	111
Services des urgences	103	2	16	121
Soins et services à domicile	73	16	6	95
<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>762</b>

## Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR)

Le tableau qui suit indique chacune des POR cernées lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière, ainsi que l'endroit où elles se trouvent dans les normes.

Critères	Pratiques organisationnelles requises
Services de santé mentale 15.5	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.
Soins et services à domicile 8.6	L'organisme informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la promotion de la sécurité.

## Résultats détaillés de la visite d'agrément

### Processus touchant l'ensemble du système et infrastructure

Cette partie du rapport porte sur les processus et l'infrastructure qui sont nécessaires pour soutenir la prestation de services. Dans le contexte régional, cette partie du rapport met aussi l'accent sur l'uniformité de la mise en oeuvre et de la coordination de ces processus dans l'ensemble du système. Parmi les secteurs précis qui sont évalués figurent les suivants : gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, attribution des ressources, et communication dans l'ensemble de l'organisme.

### Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

#### Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté et de la population desservies.

##### *Commentaires des visiteurs*

La démarche de planification stratégique pour 2011-2014 vient d'être adoptée par le conseil d'administration en février 2011. L'exercice a donné lieu à des consultations internes et externes élargies qui ont permis à la fois de s'inscrire en continuité avec le cheminement des grands dossiers en cours, mais aussi de mettre l'accent sur les orientations à privilégier pour les prochaines années. Il s'agit d'une démarche évolutive qui laisse place à l'analyse de problématiques pour lesquelles des orientations précises n'ont pas encore été dégagées, mais qui feront l'objet de révision en cours de route. La planification stratégique s'est construite en continuité avec la planification précédente (2006-2010) et dans une perspective de consolidation, ayant en trame de fond un institut au service de ses partenaires et une approche centrée sur le rétablissement des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Le plan de mise en oeuvre demeure à développer de même que les indicateurs de résultats.

À l'intérieur des structures de coordination mises en place avec les partenaires pour soutenir une meilleure fluidité dans la trajectoire de service, l'implication de travaux de recherche permet de mieux documenter les besoins de la population et de mieux arrimer les soins et les services.

Dans l'organisation des services, chaque programme clientèle est doté d'un comité de consolidation qui sert de plateforme à l'introduction des meilleures pratiques et de la recherche, à l'arrimage des orientations avec le plan stratégique, à l'interdisciplinarité et à la continuité des services.

Les questions d'éthique clinique sont entérinées par un comité d'éthique clinique qui est en voie d'être réactivé et il y aurait lieu de définir son rôle et son fonctionnement à l'intérieur d'un nouveau cadre conceptuel et qu'ils soient diffusés à l'ensemble des intervenants, de même que les modalités pour un recours à son expertise.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Gestion des ressources

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

### *Commentaires des visiteurs*

Des efforts importants ont été déployés afin de diminuer les délais d'attente dans tous les services offerts par l'établissement. Les résultats les plus probants se situent au niveau des évaluations psychiatriques adultes et de façon générale à la majorité des services. Seuls les troubles de l'alimentation et les troubles envahissants du développement (TED) présentent des délais importants, ces deux groupes nécessitant des actions particulières, tant à l'interne qu'en collaboration avec les partenaires régionaux et suprarégionaux.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
<b>Gouvernance durable</b>		
Lorsqu'il prend des décisions concernant l'allocation des ressources, le conseil d'administration tient compte de l'éthique, des valeurs ainsi que des coûts et des avantages sur le plan social, et des répercussions possibles sur la qualité et la sécurité.	10.5	↑

## Capital humain

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

### *Commentaires des visiteurs*

Les deux dernières années sont considérées comme des années de transition pour la nomination des membres du conseil d'administration et pour la révision des diverses politiques régissant le conseil d'administration, en raison des récents décrets du ministère de la Santé et des services sociaux sur la reconduction des mandats des membres des conseils d'administration. Entre-temps, un nouveau projet de loi est à l'étude pour revoir la gouvernance des établissements de santé, de même que leur rôle et leurs fonctions.

Au niveau de la gestion des ressources humaines, la planification de la main-d'oeuvre se fait de façon continue, le recrutement, l'orientation et l'évaluation périodique du personnel reposent sur des processus bien établis. Les activités de reconnaissances sont très bien structurées et suscitent une participation importante de l'ensemble du personnel. La dimension du développement organisationnel est bien organisée et constitue un support essentiel à la gestion du changement.

L'équipe est également félicitée pour son approche visant un climat et un environnement de travail sain et sécuritaire, notamment autour de son soutien pour qualifier l'établissement comme Entreprise en santé.

Le développement de l'Elearning, notamment en lien avec le suivi des pratiques organisationnelles requises (POR), constitue une initiative remarquable pour permettre d'une part de pallier la disponibilité du personnel en regard des activités de formation traditionnelle et d'autre part d'assurer l'acquisition des connaissances et habiletés nécessaires à l'implantation des POR. Les premiers modules ont porté sur l'utilisation des pompes à perfusion volumétrique et l'utilisation des médicaments (bilan comparatif).

Au cours des derniers mois, l'équipe des ressources humaines a notamment été mobilisée autour de défis supplémentaires telles la signature de la nouvelle convention collective au niveau provincial, la migration de la plupart de ses systèmes informatiques et l'application des orientations gouvernementales en matière d'équité salariale.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## **Gestion intégrée de la qualité**

Processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et communiquer la qualité dans l'ensemble du système afin d'atteindre les buts et les objectifs.

### *Commentaires des visiteurs*

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients fait partie des orientations stratégiques, soutenue par une culture d'amélioration continue qui est perceptible à l'échelle de l'établissement. Le cadre conceptuel qui a été mis en place favorise l'intégration des meilleures pratiques, l'interdisciplinarité et la convergence des diverses activités d'amélioration continue vers les orientations organisationnelles et l'atteinte des résultats attendus. Les approches incluent tout autant le recours aux meilleures pratiques, les audits que la gestion du changement et l'analyse des processus.

Le conseil d'administration bénéficie d'un tableau de bord élaboré afin de suivre de façon régulière l'atteinte des résultats administratifs, cliniques et d'amélioration continue de la qualité. L'analyse des résultats permet de suivre les correctifs, lorsque qu'ils sont requis.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## **Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes**

Détermination des problèmes et dilemmes d'éthique et prise de décisions à leur égard.

### *Commentaires des visiteurs*

Le comité d'éthique de la recherche se réunit régulièrement et fait rapport annuellement au conseil d'administration. Les membres sont nommés par le conseil d'administration.

Le comité d'éthique clinique, pour sa part, ne s'est pas réuni depuis un an.

Néanmoins, des consultations en soutien aux équipes cliniques et des activités éducatives ont été organisées par deux membres du comité d'éthique.

Il y a lieu de poursuivre l'élaboration d'un cadre conceptuel en matière d'éthique clinique, appuyé par un comité d'éthique clinique efficace, de le faire adopter par le conseil d'administration, de le diffuser à l'ensemble des intervenants et de faire un rapport annuellement au conseil d'administration.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
<b>Efficacité organisationnelle</b>		
Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus officiels pour faire face aux problèmes et aux préoccupations liés à l'éthique.	5.4	↑
Les dirigeants de l'organisme désignent les personnes chargées de superviser le cadre conceptuel en matière d'éthique et les processus de résolution des problèmes d'éthique.	5.7	↑

## Communication

Communication entre les divers échelons de l'organisme et avec les partenaires externes.

### *Commentaires des visiteurs*

Plusieurs mesures démontrent l'importance accordée à la communication, tant auprès des usagers que des familles et des proches, des employés et du grand public. Des ressources importantes sont allouées et s'inscrivent dans une démarche planifiée en cours de révision, mais le spectre des initiatives est large. Une emphase plus importante devrait être mise afin de s'assurer d'avoir des outils de communication respectant des critères adaptés au niveau de littératie des usagers et de leurs familles ou de leurs proches. Il y aurait lieu lors de l'élaboration de documents à l'intention des usagers et de leur famille et de leurs proches, d'avoir des critères documentés et prouvés pour assurer la lisibilité, l'intelligibilité et la compréhensibilité des informations.

Au niveau informationnel, même si les éléments sont présents il faut s'assurer de la formalisation du plan de ressources informationnelles et de se conformer au cadre global de gestion des actifs informationnels.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Installations

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires afin de réaliser la mission, la vision et les buts.

### *Commentaires des visiteurs*

L'organisation physique du Douglas Institut Universitaire en santé mentale est constituée de 36 bâtiments reliés par des tunnels souterrains (1,1 km de tunnel), et ce, sur une vaste propriété de 165 acres. Ces sites sont de configuration et d'âge différents, le plus ancien date de 1881, et répondent au type de services respectifs.



D'entrée de jeu, il est important de mentionner la qualité du travail de l'équipe qualité « environnement ». Plusieurs politiques et procédures ont été développées ou revues aux services techniques pour répondre aux besoins de sécurité de la clientèle et du personnel, tel que la vérification des boutons panique, l'ajout de caméras de surveillance ou un système de carte d'accès dans certains pavillons. Le rôle et les responsabilités des agents de sécurité ont été revus et une formation de 80 heures leur est donnée lors de leur orientation.

Nous avons observé la non-conformité aux normes dans certaines unités entre autres l'unité de courte durée de la clientèle (CPC 2) où il n'y a pas d'accès aux fauteuils roulants en pédopsychiatrie, la largeur des corridors en hébergement pour adultes, le nombre de toilettes et de douches sont insuffisants, les chambres sont exiguës, car il y a parfois 3 usagers dans la même chambre, la proximité des lieux à l'urgence qui augmente les risques, etc.

Néanmoins, l'établissement a amorcé un projet d'infrastructure majeur pour remédier à la vétusté des installations et il est en attente de réponse. De plus, nous avons été informés qu'au cours des derniers mois, un mandat a été donné à une firme externe afin de faire un état de situation et des recommandations concernant ce secteur. La firme a consulté l'ensemble des intervenants concernés et à la suite de leur évaluation, un plan d'action a été déposé contenant six (6) phases dont la première a été amorcée en janvier 2011. L'établissement est invité à impliquer toutes les directions dans ce processus. Par ailleurs, l'équipe bénéficie déjà d'un logiciel de répartition des routes pour l'entretien et est à évaluer un logiciel pour le contrôle de la qualité.

Un logiciel (SAM) est en place pour l'entretien préventif ainsi que pour les correctifs à apporter dans les installations. Les priorités sont déterminées tous les jours par les gestionnaires du service. Il existe un processus de mise à jour des systèmes mécaniques. Chaque service s'est doté d'indicateurs de performance et de cibles à atteindre. L'évaluation de l'atteinte de ces indicateurs et des cibles est débutée depuis seulement quelques périodes. L'organisme est invité à poursuivre les efforts dans ce sens. De même, un système d'évaluation pour chaque service a été prévu auprès de leur clientèle. L'évaluation est effectuée dans certains secteurs, mais elle est à mettre en application dans d'autres secteurs. Cette évaluation est faite par téléphone par une agente administrative. Cette méthode est simple et conviviale.

Une vigilance est apportée dans tous les sites pour mettre en place des systèmes d'appoint pour réduire l'impact des pannes des services sur la santé et la sécurité des patients et du personnel. L'organisation fait des efforts importants pour entretenir des bâtiments dont certains sont plus vétustes que d'autres. Le paysagement, la peinture, les rénovations continues apportent un rehaussement physique des bâtiments et engendrent des conditions de travail plus agréables. Il est à mentionner le changement du couvre-plancher à la cuisine, qui est beaucoup plus sécuritaire. L'organisme est invité à poursuivre le remplacement du couvre-plancher dans les aires connexes à la cuisine.

Une attention particulière doit être apportée à certaines aires qui sont encombrées, notamment, sous certains escaliers ou corridors. Nous avons remarqué des problèmes de salubrité dans certaines zones, notamment des sacs de linge souillé sont déposés dans les corridors (ex. : pédopsychiatrie), les poubelles débordent, il y a la présence de grandes flaques d'eau dans un tunnel, dans certains cabinets de toilette et de douches ainsi que de la poussière.

Quant à l'entretien ménager, une démarche a été entreprise pour mettre en place des politiques et procédures et revoir les processus toujours dans une optique d'amélioration continue. Il est à noter le changement sous peu des chariots de nettoyage de qualité supérieure, plus ergonomiques et plus fonctionnels. Les membres du personnel ont reçu une formation sur le SIMDUT en mars et avril dernier. La gestion des déchets biomédicaux est centralisée à l'équipe d'hygiène et salubrité et est acheminée dans un congélateur prévu à cette fin.

Nous soulignons le fait que l'établissement participe activement à réduire les répercussions sur l'environnement. Nous mentionnons notamment la culture implantée visant le recyclage de plusieurs matières, cartons, métal, bois, papier, plastique, etc. De plus, tous les produits de nettoyage utilisés sont non toxiques pour l'environnement. Le programme C.A.D.R.E démontre également l'implication de l'établissement dans la communauté, et son rayonnement au plan sociocommunautaire.

Enfin, le service installé à la cuisine est à mentionner. Ce système permet de garder les aliments chauds et les aliments froids durant le transport de la cuisine aux étages. De plus, des audits sont effectués régulièrement afin de valider la qualité du système.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
<b>Efficacité organisationnelle</b>		
L'environnement physique de l'organisme est conforme aux lois, règlements et codes applicables.	10.1	↑

## Préparation en vue de situations d'urgence

Faire face aux urgences et à d'autres aspects relevant de la sécurité publique.

### *Commentaires des visiteurs*

Les processus de préparation en vue de situations d'urgence sont très structurés et implantés. Les données sont documentées et suivies.

Les processus impliquant les usagers, les familles ou les proches et les bénévoles doivent être formalisés et documentés. Les éléments sont présents, il ne reste qu'à les documenter, les intégrer dans les politiques et procédures et à systématiser leur implantation. On sent un leadership important et une implication significative des responsables et du sérieux de cette démarche.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
<b>Efficacité organisationnelle</b>		
Les dirigeants de l'organisme offrent une formation au personnel, aux prestataires de services, aux clients et aux familles au sujet de la sécurité-incendie et la prévention des incendies.	11.6	↑

### Prévention des infections

Les politiques et les procédures comprennent la définition des rôles, des responsabilités et les obligations redditionnelles du personnel, des prestataires de services et de bénévoles qui participent à l'identification ou la gestion des épidémies et des pandémies.	14.5
--	------

### Cheminement des clients

Déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et de leurs familles entre les services et les milieux de soins appropriés.

#### *Commentaires des visiteurs*

En vue de pallier les difficultés engendrées par les transferts d'usagers en santé mentale en provenance des hôpitaux de la sous-région du sud-ouest de Montréal, une entente a été établie avec succès afin que tout transfert soit dorénavant fait automatiquement lorsque requis, avec un comité de vigie veillant au respect des rôles et des responsabilités de chacune des parties.

Plusieurs mécanismes ont été mis en place afin d'améliorer la coordination des activités entourant la fluidité des clientèles utilisant l'urgence, plus spécifiquement celles nécessitant une hospitalisation. Un comité de gestion multidisciplinaire a été mis en place et un coordonnateur à l'accès s'assure des actions requises à tous les niveaux de l'établissement et fait les liens nécessaires avec les partenaires. Une unité de débordement a été ouverte, mais les mécanismes déjà en place ont produit les effets escomptés, rendant non nécessaire son utilisation.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

### Équipement et appareils médicaux

Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

#### *Commentaires des visiteurs*

La planification, l'acquisition et le remplacement des équipements médicaux se font par une équipe désignée de façon structurée en liens avec les orientations cliniques de l'établissement. Il existe un processus d'entretien préventif structuré pour certains équipements médicaux bien identifiés (glucomètre). Il y a un processus bien établi qui assure la formation adéquate du personnel avant son usage pour des activités cliniques. Il y a plusieurs équipements plus complexes qui ont un entretien préventif par le biais de contrats de service (imagerie médicale, table d'anesthésie, etc.).

L'établissement consigne des rapports d'entretien préventif. Une vérification de contrôle des équipements est effectuée avant leur utilisation, notamment de la table d'anesthésie. Une désinfection des équipements est effectuée après chaque utilisation par l'inhalothérapeute.

L'établissement utilise plusieurs équipements jetables. Pour ceux devant être stérilisés, il existe une procédure de stérilisation d'équipement, laquelle est appliquée en fonction des normes de l'Association canadienne de normalisation. Le personnel responsable de cette activité a suivi une formation en 2006. Une mise à jour de cette formation devrait être envisagée. Nous remarquons que le contrôle biologique est effectué, mais il n'y a pas de contrôle chimique, ce qui pourrait être une mesure de sécurité supplémentaire. Les articles contaminés sont acheminés dans des contenants appropriés au service de stérilisation. Il est à signaler, la motivation et l'engagement de la responsable des cliniques médicales spécialisées.

Nous avons noté qu'au niveau des cliniques médicales spécialisées, le local où s'effectue la stérilisation sert d'utilité souillée et d'utilité propre. En effet, nous y retrouvons, notamment, des déchets biomédicaux et des fournitures propres. Une attention particulière devra être portée afin que les utilités souillées et propres soient séparées.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Secteur ou service

Cette partie du rapport fournit de l'information sur la prestation de services sécuritaires de haute qualité. Parmi les secteurs spécifiques évalués figurent les suivants : l'épisode de soins, la gestion des médicaments, la prévention des infections ainsi que l'équipement et les appareils médicaux.

## Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

### **Normes de gestion des médicaments**

#### **Gestion des médicaments**

Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

#### *Commentaires des visiteurs*

Le travail d'équipe au service de pharmacie est tangible; tous les membres travaillent méthodiquement et rigoureusement et ils expriment leur fierté à cet égard.

Les membres de ce service sont encouragés à s'approprier et à appliquer les meilleures pratiques. Leurs bons coups sont valorisés sur une base régulière et mentionnés lors de leurs réunions d'équipe.

Les technologies de l'information sont utilisées de façon optimale dans un souci de conformité aux normes. La recherche et l'enseignement sont au coeur des pratiques.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer l'utilisation des médicaments expérimentaux.	3.8	

## Prévention des infections

### Prévention des infections

Mesures prises par le personnel dans les établissements de santé pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.

#### *Commentaires des visiteurs*

Bien que portée par une conseillère en prévention des infections rattachée à la direction de la qualité, la prévention des infections s'inscrit dans une logique de responsabilité partagée. Ainsi, chacun des services se sent concerné par cette norme.

Des audits sont réalisés de façon scientifique et toutes les pratiques sont documentées avec rigueur. Toutefois, il nous a été mentionné que le personnel dédié à la salubrité nécessiterait une formation continue en prévention des infections.

Dans le cadre de la semaine de la sécurité, une activité ludique et pédagogique permet aux membres du personnel ainsi qu'aux usagers de venir tester leurs connaissances (Jeu-questionnaire). Mentionnons l'utilisation du Elearning en tant que véhicule fort intéressant de formation relativement à l'hygiène des mains.

Les outils de communication choisis pour diffuser ou sensibiliser le personnel et la clientèle sont illustrés de manière à être facilement compris. Pour les clients et leur famille, un guide d'accueil a été développé et inclut des informations sur les mesures de prévention et ce dernier est grandement apprécié.

L'organisme donne l'information requise sur la prévention des infections à son réseau de ressources d'hébergement et les soutient en cas d'écllosion. Ces partenaires témoignent de leur satisfaction à cet égard.

À l'égard de la vaccination, le personnel déjà convaincu à cette mesure de protection est mis à contribution en tant qu'ambassadeur et représente un levier dans l'atteinte des cibles. D'ailleurs, 80 % du personnel a été vacciné à l'automne 2010.

La conseillère en prévention des infections visite, sur une base hebdomadaire, toutes les unités et vérifie auprès du personnel s'il y a présence ou non d'agents infectieux. Excellente visibilité. Tout est noté avec rigueur. Dans le cas où elles sont requises, les mesures sont prises et suivies.

Nous pouvons témoigner de la volonté d'une vision intégrée de la qualité et de la sécurité dans toutes les sphères d'activité, mais nous renforçons l'idée que le service de salubrité doit rehausser ses efforts en ce sens. Un plan d'action est en voie d'implantation et devrait permettre une amélioration de la qualité à cet égard.

En regard de la stérilisation, il a été démontré que des contrôles biologiques post stérilisation sont effectués. L'organisme pourrait se doter d'un moyen de contrôle chimique ce qui ajouterait un élément de sécurité au processus de stérilisation.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme entrepose et manipule le linge, les fournitures, les appareils et l'équipement de manière à les protéger de la contamination.	8.2	↑
Les rôles et les responsabilités sont définis au sein de l'organisme en ce qui concerne le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.	10.1	↑
L'organisme nettoie et désinfecte correctement les secteurs où les clients et le personnel circulent.	10.2	↑
Le personnel et les prestataires de services ont accès aux politiques et procédures de nettoyage de l'organisme.	10.3	
L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures.	10.6	
L'organisme se conforme à ses politiques et procédures, ainsi qu'aux lois, lorsqu'il manipule le linge souillé, les matières infectieuses et les déchets dangereux.	11.1	↑

## Services de santé mentale

### Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

#### Commentaires des visiteurs

La mise en place d'un guichet unique pour les demandes de service est en place depuis le 8 mars 2011, ce qui a impliqué un transfert de 17 ressources en CSSS et une réorganisation du travail dans plusieurs secteurs. La mise en place de ce guichet unique est une continuité du plan d'action en santé mentale du MSSS et conséquemment fait partie de la planification stratégique de l'établissement. Des partenariats sont en développement avec les services de première ligne. Dans ce sens, l'établissement aurait avantage à formaliser une structure ainsi que des mécanismes de liaison à la fois pour la hiérarchisation et la continuité des services comme prévu dans le plan d'action en santé mentale.

Nous avons pu constater que les équipes ont des processus d'évaluation permanents et par conséquent, elles modifient leurs services ou leurs approches au besoin par exemple avec l'équipe des troubles alimentaires et l'équipe des déficiences intellectuelles et de comorbidité psychiatriques. De plus, les équipes sont très impliquées dans ces processus.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

### *Commentaires des visiteurs*

Des efforts importants sont faits pour soutenir le développement des compétences et par conséquent, les opportunités de développement et de formation sont nombreuses. À titre d'exemple, mentionnons les conférences scientifiques, les formations OMÉGA, RCR, etc. Dans le même sens, nous avons pu constater la mise en place de projets de formation très novateurs comme l'outil en ELearning sur l'hygiène des mains qui est par ailleurs accessible sur intranet. Il est à souligner également, un projet à venir, la télé psychiatrie pour le territoire du Grand Nord. La mission universitaire et de recherche est un atout important pour l'établissement.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

### *Commentaires des visiteurs*

L'établissement doit porter une attention particulière à l'élaboration et à la mise à jour des PII et des PSI, et ce, en concertation avec leurs partenaires. De plus, des politiques et des procédures doivent être clarifiées pour s'assurer d'un consentement continu de la personne au PII et au PSI, le cas échéant. Il est important également que le client participe au PII et PSI et ceci sur une base continue. Cet élément représente un défi important pour l'organisme et ce dernier doit prendre des décisions et mesures rapidement pour atteindre notamment l'objectif de la planification stratégique 2011-2014 soit, d'investir dans les programmes et services pour optimiser l'accessibilité. De plus, cet enjeu est majeur pour assurer une qualité de vie pour les personnes et les maintenir dans leur milieu de vie.

Plus spécifiquement, la mise en place d'un guichet unique en santé mentale représente un défi important pour l'établissement. Il est à souligner que des efforts ont été investis pour accompagner les intervenants de première ligne et leur apporter un soutien clinique tel que, l'équipe T.H.A.I., qui a mis en place un psychiatre-répondant et un psychiatre consultant pour soutenir ces intervenants. De plus, un comité, le MEL a été mis en place pour l'évaluation et la liaison des demandes de service, auquel participent les intervenants de première ligne. Nous invitons l'établissement à harmoniser ses pratiques et à poursuivre le développement de liens de concertation avec les intervenants de première ligne. Le travail d'équipe est fortement encouragé par l'établissement toutefois les procédures pour améliorer le travail d'équipe ne sont pas définies et sont à géométrie variable selon les services.

De plus, nous avons constaté dans plusieurs programmes par exemple, en pédopsychiatrie et à la clinique T.H.A.I. la diversité et la qualité des documents explicatifs remis à la clientèle.

Nous aimerions souligner la qualité de documents consultés entre autres, en pédopsychiatrie : le plan d'action de transition CE, Pédo et TED, le programme des troubles du comportement, le programme d'intervention intensive pour adolescents, le protocole sur les mesures de contrôle, etc. Cependant, il y aurait lieu de développer un guide à l'image d'un guide d'accueil ou un outil plus intégrateur des informations à transmettre à l'utilisateur tout en préservant les caractéristiques spécifiques aux services.

Selon les informations recueillies, nous constatons que le temps d'attente dans la majorité des cas pour obtenir un service est respectable sauf notamment pour les clients en attente d'évaluation pour TED, les troubles alimentaires, etc. En effet, en TED, 210 clients sont en attente d'évaluation en plus d'avoir des délais d'attente également très importants. L'établissement est à la recherche de solutions cependant, des efforts devraient être investis afin que le traitement de ces demandes de services soit priorisé. L'établissement devrait se doter à cet effet d'outils de mesure et s'appuyer sur des pratiques reconnues.

Nous tenons à souligner la diversité des groupes, notamment, dans la clinique T.H.A.I. et les efforts mis en place pour améliorer la fluidité entre les différents programmes.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	3.4	
L'équipe répond en temps opportun aux demandes de services ou d'information.	6.4	
L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	8.10	↑
L'équipe élabore un plan de services complet et intégré pour chaque client.	9.2	
Le plan de services du client comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.	9.3	
L'équipe communique le plan de services du client aux prestataires de services concernés en temps opportun et en tenant compte des lois relatives à la protection de la vie privée.	9.4	

## Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

### *Commentaires des visiteurs*

Des efforts importants et significatifs sur la mise en place des meilleures pratiques et qui s'appuient sur des données probantes ont été accomplis. Nous encourageons l'établissement à poursuivre dans ce sens, toutefois, il doit s'assurer que la recherche est au service des pratiques et dans ce sens, la recherche doit s'arrimer davantage aux préoccupations des pratiques cliniques.

Nous tenons à souligner l'accueil des stagiaires qui est une pratique courante.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.



## Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

### *Commentaires des visiteurs*

Nous constatons que certaines unités, dont celle du CPC 2, ont une configuration des lieux qui leur permet une bonne visibilité de la clientèle et de plus l'unité est dotée d'une caméra. Cependant, en pédopsychiatrie, la configuration de l'unité ne permet pas cette visibilité de la clientèle. Toutefois, l'établissement est conscient de ce problème et envisage y remédier.

Les travaux pour mesurer les résultats, les processus dans le programme des troubles alimentaires méritent d'être soulignés ainsi qu'en DICP.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	15.5	↑
Les clients et les familles reçoivent de l'information écrite et verbale au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	15.5.1	
Les patients indiquent s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité des patients.	15.5.3	
L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	16.3	↑
L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	16.4	↑

## Services des urgences

### **Direction clinique**

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

### *Commentaires des visiteurs*

Tous les efforts sont mis pour recueillir toutes les informations sur le client qui se présente à l'urgence lors du triage et de l'évaluation.

Les membres ont également le souci de bien diriger la personne au bon service et la sécurité du patient est au coeur de leurs préoccupations et de leurs actions.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe dispose de l'espace nécessaire pour fournir des services de façon efficace au service des urgences.	2.8	

## Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

### *Commentaires des visiteurs*

L'esprit d'équipe est remarquable et ça se solde par une grande solidarité qui est exprimée entre les membres du personnel et à l'égard du mieux-être de la clientèle.

Cette équipe souscrit fortement à des valeurs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients. Les membres se questionnent constamment sur leur façon de faire et modifient ou ajustent leurs pratiques pour répondre de la façon la plus adéquate et dans les meilleurs délais possible aux utilisateurs de service.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

### *Commentaires des visiteurs*

Cette équipe évalue régulièrement leurs processus de travail dans une perspective de réduire les délais d'attente et par conséquent d'améliorer l'accessibilité aux services.

En regard de l'échelle canadienne de triage, une bonification de cette échelle, initialement conçue pour la santé physique, a été apportée, notamment par des professionnels du service des urgences afin de tenir compte du volet santé mentale : une pratique qui mérite d'être soulignée.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

### *Commentaires des visiteurs*

Comme mentionnée, dans d'autres services, la formation est largement encouragée et disponible. Rappelons que cet organisme est un Institut de recherche et qu'à cet égard les opportunités de développement des compétences sont nombreuses et diversifiées.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des clients et de la confidentialité des renseignements sur le client.	12.2	

### Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

#### *Commentaires des visiteurs*

L'équipe est non seulement formée pour déceler ou gérer les clients potentiellement violents, mais elle surveille en continu l'état des clients par un système de caméra. L'équipe de professionnels est également soutenue par la présence constante d'agents de sécurité.

Cette équipe se montre très soucieuse de bien documenter les événements indésirables : la gestion des risques est au cœur de leur pratique.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

### Don d'organes et de tissus

Services de dons offerts à partir de l'identification d'un donneur potentiel jusqu'à la gestion du don et le prélèvement de l'organe.

#### *Commentaires des visiteurs*

Cette norme est non applicable.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Soins et services à domicile

### Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

#### *Commentaires des visiteurs*

Ce qui caractérise les services à domicile c'est un niveau variable de structuration en terme de programmation et de formalisation des programmes. Il est clair que la définition et l'implantation plus ancienne du soutien intensif ACT transparent, alors que dans le programme de soutien à domicile de géronto-psychiatrie qui est en définition plus récente, mais l'intégration, tant à l'interne qu'à l'externe, est à compléter. Un soutien important est donné au personnel pour dispenser les services.

L'établissement gagnerait à formaliser un processus-cadre pour la révision des guides de l'organisme, qui tout en étant simple, permettrait de s'assurer de cette démarche et de maximiser l'implication du personnel et des prestataires.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme établit des contrats ou des protocoles d'entente écrits avec tous les organismes auxquels il offre des services ou qui lui offrent des services contractuels.	1.6	↑
L'organisme évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	1.8	
Les buts et les objectifs de l'organisme sont mesurables et précis.	2.3	
L'organisme élabore des procédures pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	3.4	
L'organisme dispose de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les clients aux membres du personnel.	5.1	↑
Le processus de revue des guides de l'organisme englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.	14.3	

## Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

### *Commentaires des visiteurs*

Des efforts importants sont faits pour soutenir le développement des compétences. Les opportunités de développement et de formation sont nombreuses grâce à la mission universitaire et de recherche. C'est un atout important pour l'établissement. Des moyens novateurs et variés sont mis en place.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

## Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

### *Commentaires des visiteurs*

Une attention importante est accordée aux personnes et aux services. L'enseignement et l'accompagnement dans les démarches sont des aspects importants. Il y a un travail d'équipe, lorsque requis, au profit des personnes et qui est alors bien coordonné.

Cependant sur des enjeux importants tels que le consentement, l'élaboration et la mise à jour des PII, l'établissement doit poursuivre ses efforts et clarifier aux équipes les politiques et procédures pour s'assurer du consentement continu de la personne au PII auquel elle doit participer. Ceci doit être suivi sur une base continue et il est souhaitable d'évaluer cette démarche par la suite.

D'autre part, il y a une volonté d'impliquer les familles et les proches. Cela se traduit par des gestes de soutien, d'information et de collaboration.

Il y a un défi important pour l'organisme de prendre des décisions et des mesures rapidement pour atteindre notamment la partie de l'objectif de la planification stratégique 2011-2014 : investir dans les programmes et services pour optimiser l'accès. Il y a un enjeu majeur de qualité de vie pour les personnes et de maintien dans leur milieu de vie. Les délais d'accès devraient être conformes aux données probantes et incluant des outils cliniques associés à ces données.

D'autre part, même si une documentation est donnée sur des aspects de sécurité pour les personnes, il y aurait lieu de développer un guide (à l'image du guide d'accueil) qui pourrait regrouper cette information de manière cohérente, intégratrice et structurée tout en laissant de l'espace pour une personnalisation selon les services.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme répond aux demandes de services et d'information en temps opportun.	6.3	↑
L'organisme informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la promotion de la sécurité.	8.6	↑
Les clients et les familles reçoivent de l'information écrite et verbale au sujet de leur rôle dans la promotion de la sécurité.	8.6.1	
Les clients indiquent s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans la promotion de la sécurité.	8.6.3	

## Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

### *Commentaires des visiteurs*

L'information immédiate pour que le personnel puisse donner des services à un client est disponible facilement et les règles de confidentialité sont respectées.

Cependant, l'information relative à l'accès et à la mise à jour des services en fonction des données probantes n'est pas disponible de manière structurée et uniforme. Il peut y avoir des révisions et des ajustements dans un service alors que ce processus n'est pas encore implanté dans un autre.

L'établissement gagnerait à formaliser un processus-cadre pour la sélection des lignes directrices et la mise à jour des pratiques.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses soins et services à domicile.	14.1	↑
L'organisme examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont à jour et conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	14.2	

## Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

### *Commentaires des visiteurs*

L'évaluation des impacts et des résultats est un défi majeur pour les services de soutien à domicile. La structuration de cette démarche est requise pour mieux progresser, informer et diffuser les informations.

Les activités de recherche doivent s'inscrire en soutien pour soutenir cette démarche. Il serait judicieux qu'un cadre global d'évaluation des impacts sur les résultats soit développé. À nouveau, c'est un défi inclus dans la planification stratégique 2011-2014.

Des initiatives de mesures structurées et d'évaluation d'impact existent déjà dans certains services, il faudrait s'en inspirer et les systématiser.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme suit un processus structuré pour évaluer le fonctionnement de l'équipe une fois par année, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	3.7	↑
L'organisme transmet de l'information sur les pratiques exemplaires à ses partenaires et à d'autres organismes, au besoin.	14.5	
L'organisme définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services.	15.1	
L'organisme compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires, s'il y a lieu.	15.3	↑
L'organisme utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et il apporte des améliorations en temps opportun.	15.4	
L'organisme fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	15.5	↑

## Résultats de mesures de rendement

La section qui suit offre un aperçu des mesures de rendement recueillies dans l'ensemble de l'organisme. Ces mesures sont les résultats découlant d'indicateurs et d'outils et elles constituent des éléments précieux du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

### Résultats découlant des outils

Les outils sont des questionnaires qui sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la direction et d'autres partenaires clés qui fournissent un point de vue important quant à des éléments essentiels des services de l'organisme. Les tableaux qui suivent présentent un sommaire des résultats de l'organisme et soulignent chaque point sur lequel il devra se pencher. Les résultats sont présentés pour trois secteurs principaux : fonctionnement de la gouvernance, culture de sécurité des patients et qualité de vie au travail.

#### *Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance*

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance a été conçu à l'intention des membres du conseil d'administration afin de les aider à évaluer leurs propres structures et processus et à cerner leurs possibilités d'amélioration. Les résultats reflètent la perception et l'opinion des membres du conseil d'administration quant aux structures et aux processus internes.




#### Sommaire des résultats


STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	100	0	0	
2 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	
3 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	93	0	7	
4 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	81	0	19	
5 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	87	0	13	



STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
6 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	94	0	6	
7 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	94	0	6	
8 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	100	0	0	
9 Nous avons des sous-comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	100	0	0	
10 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion.	100	0	0	
11 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	94	0	6	
12 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.	94	0	6	
13 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	100	0	0	
14 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).	94	0	6	
15 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	100	0	0	
16 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	100	0	0	
17 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	100	0	0	

## Rapport d'agrément

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
18 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	88	0	12	
19 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	94	0	6	
20 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	71	0	29	
21 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	94	0	6	
22 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	94	0	6	
23 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	100	0	0	
24 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	94	0	6	
25 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	80	0	20	
26 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	69	0	31	
27 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	82	0	18	
28 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	50	0	50	
29 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	82	0	18	
30 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	81	0	19	

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
31 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	65	0	35	
32 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	100	0	0	
33 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	100	0	0	

## Culture de sécurité des patients













Les résultats du « Sondage sur la culture de sécurité des patients » fournissent de précieux renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients, ainsi qu'une indication des points forts, des possibilités d'amélioration, et constitue un mécanisme qui permet de suivre les changements qui s'opèrent dans l'organisme.

### Sommaire des résultats

Nombre de répondants au sondage : 789 répondants












A. Sécurité des patients	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Les décisions liées à la sécurité des patients sont prises au palier approprié, par les personnes les plus compétentes.	14	17	69	
2 Il existe une bonne diffusion de l'information vers les niveaux hiérarchiques supérieurs en ce qui concerne les questions de sécurité des patients.	14	20	66	
3 Le signalement d'un problème lié à la sécurité des patients entraînera des répercussions négatives pour la personne qui signale le problème.	76	12	12	
4 La haute direction a un tableau précis des risques associés aux soins des patients.	16	28	56	
5 Mon unité prend le temps de cerner et d'évaluer les risques liés aux patients.	9	13	78	
6 Mon unité fait un bon travail quant à la gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.	8	12	80	
7 La haute direction offre un climat qui favorise la sécurité des patients.	12	19	69	
8 Le fait de demander de l'aide est un signe d'incompétence.	92	4	5	
9 Si je commets une erreur qui a d'importantes conséquences et que personne ne s'en aperçoit, je n'en parle à personne.	93	4	3	
10 Si je signale un incident au moyen du système mis en place à cet effet, je suis certain que cela ne me nuira pas.	17	16	67	
11 Je suis moins efficace au travail lorsque je suis fatigué.	9	9	82	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

A. Sécurité des patients	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
12 La haute direction tient compte de la sécurité des patients dans ses discussions sur les changements envisagés par rapport aux programmes.	14	27	60	
13 Mes problèmes personnels peuvent nuire à mon rendement.	32	16	52	
14 J'aurai à subir des conséquences négatives si je signale un problème lié à la sécurité des patients.	83	9	7	
15 Si je signale un incident lié à la sécurité des patients, je sais que la haute direction y accordera un suivi.	13	19	67	
16 On me récompense lorsque je prends rapidement des mesures pour cerner une erreur grave.	37	35	28	
17 La perte de membres du personnel chevronnés a eu un impact négatif sur ma capacité d'offrir des soins de qualité élevée aux patients.	39	26	35	
18 J'ai suffisamment de temps pour effectuer les tâches liées aux soins des patients de façon sécuritaire.	20	21	59	
19 Je ne suis pas certain de l'utilité de remplir des rapports d'incidents.	68	16	16	
20 Au cours de la dernière année, j'ai été témoin du fait qu'un de mes collègues a fait quelque chose pour gagner du temps qui me semblait dangereux pour le patient.	64	17	20	
21 Je dispose des ressources adéquates (personnel, budget et équipement) pour offrir des soins sécuritaires.	25	24	51	
22 Dans mon travail, j'ai fait des erreurs importantes que j'attribue à ma fatigue.	81	11	8	
23 Je crois que les erreurs médicales constituent un réel risque pour les patients que nous traitons.	16	15	69	
24 Je crois qu'il arrive souvent que les erreurs liées aux soins de santé ne soient pas déclarées.	33	30	37	
25 Mon organisme équilibre efficacement les besoins en matière de sécurité des patients et les besoins relatifs à la productivité.	19	26	55	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

## Rapport d'agrément

A. Sécurité des patients	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
26 Je travaille dans un environnement où la sécurité des patients est hautement prioritaire.	12	14	74	
27 Le personnel reçoit de la rétroaction sur les changements qui ont été apportés à la suite des rapports d'incidents.	26	26	48	
28 Les personnes impliquées dans des événements majeurs disposent de mesures rapides et simples pour rapporter ou signaler ce qui s'est produit.	10	22	67	
29 Mon superviseur ou gestionnaire félicite les gens lorsqu'ils effectuent une tâche en respectant les procédures établies en matière de sécurité des patients.	18	25	57	
30 Mon superviseur ou gestionnaire considère sérieusement les suggestions du personnel en ce qui a trait à l'amélioration de la sécurité des patients.	13	18	69	
31 Lorsque la tension augmente, mon superviseur ou gestionnaire veut que nous travaillions plus vite, même s'il faut prendre des raccourcis.	67	17	16	
32 Mon superviseur ou gestionnaire ne tient pas compte des problèmes liés à la sécurité des patients qui se produisent de façon répétée.	73	15	12	
33 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous y pensons attentivement.	9	13	78	
34 Dans notre unité, lorsqu'une personne commet une erreur, elle demande aux autres comment elle aurait pu la prévenir.	17	21	62	
35 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous examinons qu'est ce qui l'a engendré et comment nous pourrions empêcher la même erreur de se reproduire.	10	14	76	
36 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous effectuons une analyse approfondie.	15	20	65	
37 Dans notre unité, il est difficile de discuter des erreurs.	65	18	17	
38 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous pensons très attentivement aux façons d'y remédier.	14	19	68	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

B. Les questions qui suivent concernent votre perception de la sécurité des patients dans son ensemble.	% Bien ou excellent	% Acceptable	% Mauvais ou manquante	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
39 Veuillez accorder une note globale à votre unité pour ce qui est de la sécurité des patients.	68	26	6	⚠
40 Veuillez accorder une note globale à votre organisme pour ce qui est de la sécurité des patients.	60	33	7	⚠
C. Les questions qui suivent traitent de ce qui se produit après un événement majeur.	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
41 Les personnes impliquées dans des événements majeurs contribuent à la compréhension et à l'analyse des événements ainsi qu'à la recherche de solutions possibles.	7	18	74	⚠
42 Un processus officiel de divulgation des événements majeurs aux patients et aux familles est en place et ce processus comprend des mécanismes de soutien pour les patients, les familles et les prestataires de soins et services.	9	26	65	⚠
43 Les discussions entourant les événements majeurs sont davantage centrées sur les problèmes touchant le mécanisme que sur les personnes principalement responsables de l'événement.	19	31	50	⚠
44 Le patient et sa famille sont invités à participer directement au processus complet afin de comprendre ce qui s'est produit suite à l'événement majeur et de trouver des solutions pour minimiser le risque qu'un événement semblable se produise à nouveau.	15	30	55	⚠
45 Les leçons tirées des événements majeurs sont communiquées au personnel de notre unité par le biais de diverses méthodes (p. ex. cahier de communication, formation à l'interne, tournées, courriels) ou à différents moments afin que tout le personnel soit informé.	16	22	62	⚠
46 Des changements sont apportés pour réduire les risques que les événements majeurs se reproduisent.	9	18	73	⚠

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

## Mesures du sondage Pulse





Le concept de la « qualité de vie au travail » est au cœur du programme d'agrément d'Agreement Canada. Le sondage Pulse permet aux organismes de soins de santé de faire le suivi des aspects clés de la qualité de vie au travail. Le sondage Pulse permet de tâter le « pouls » de la qualité de vie au travail et fournit une vue d'ensemble des facteurs clés dans le milieu de travail, des résultats individuels et des résultats de l'organisme. Les organismes peuvent ensuite utiliser les constatations qui en découlent pour cerner leurs points forts et les lacunes présentes dans les milieux de travail, faire participer des partenaires aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions appropriées pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité a une influence sur la capacité de l'organisme à atteindre ses buts stratégiques.

### Sommaire des résultats



Nombre de répondants au sondage : 840 répondants

Comment évalueriez-vous votre environnement de travail?	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Je suis satisfait des communications dans cet organisme.	21	16	63	⚠
2 Je suis satisfait des communications dans mon secteur de travail.	19	15	66	⚠
3 Je suis satisfait de mon superviseur.	10	17	73	⚠
4 Je suis satisfait du contrôle que j'exerce sur mes activités au travail.	11	12	78	
5 Il est clair pour moi ce qu'on attend de moi au travail.	8	8	84	
6 Je suis satisfait de ma participation aux processus de prise de décisions dans cet organisme.	24	24	52	⚠
7 J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail adéquatement.	28	15	57	⚠
8 J'ai le sentiment que je peux faire confiance à cet organisme.	15	23	62	⚠
9 L'organisme appuie mon apprentissage et mon perfectionnement.	11	16	73	⚠
10 Mon environnement de travail est sécuritaire.	14	15	71	⚠
11 Mon emploi me permet d'atteindre un équilibre entre mon travail et ma vie personnelle et familiale.	15	19	67	⚠



Résultats individuels	% N'étaient pas stressantes	% Étaient un peu stressantes	% Étaient assez stressantes	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
12 Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que la plupart des journées au travail...	22	43	35	
	% Très bonne/ Excellente	% Bonne	% Mauvaise ou très mauvaise	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
13 En général, diriez-vous que votre santé est...	66	32	3	
14 En général, diriez-vous que votre santé mentale est...	69	28	3	
15 En général, diriez-vous que de votre santé physique est...	62	34	5	
	% Très satisfait	% Pas trop satisfait	% Pas du tout satisfait	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
16 Quel est votre niveau de satisfaction face au travail?	87	12	1	
	% < 10	% 10 - 15	% > 15	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Au cours des 12 derniers mois, combien de journées vous êtes-vous absenté du travail à cause de problèmes de santé personnels ou d'une blessure? (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivaut à une journée.)	86	6	8	
18 Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jour avez-vous travaillé même si vous étiez malade ou blessé parce que vous aviez le sentiment que vous le deviez (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivaut à une journée.)	83	7	10	
	% Jamais ou rarement	% Parfois	% Souvent ou toujours	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
19 À quelle fréquence avez-vous le sentiment que vous pouvez offrir la meilleure qualité de travail possible?	6	14	80	

## Rapport d'agrément

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
20 En général, je suis satisfait de l'organisme.	13	21	66	
21 Les conditions de travail dans mon secteur contribuent à la sécurité des patients.	9	23	68	

## Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément

Le niveau de conformité des organismes clients aux critères à priorité élevée ainsi qu'aux pratiques organisationnelles requises (POR) est le facteur clé qu'utilise Agrément Canada pour arriver à une décision quant au type d'agrément. Les *critères à priorité élevée* sont les critères liés à la sécurité, à l'éthique, aux risques et à l'amélioration de la qualité; les *POR* sont les pratiques qui doivent être en place pour améliorer la sécurité des patients et réduire les risques.

Trois types d'agrément peuvent être décernés dans le programme Qmentum.

Agrément	L'agrément conditionnel (rapport, visite supplémentaire ou les deux)	Refus d'agrément
<i>Décerné lorsque l'organisme client :</i>	<i>Décerné lorsque l'organisme client :</i>	<i>Décerné lorsque l'organisme client :</i>
s'est conformé à 90% ou plus des critères auxquels on accorde une priorité élevée, par section de normes pertinente ET	s'est conformé dans une proportion de 71 à 89% aux critères auxquels on accorde une priorité élevée, par section de normes pertinente OU	s'est conformé à 70% ou moins des critères auxquels on accorde une priorité élevée, dans une ou plusieurs sections de normes pertinentes ET
s'est conformé à toutes les POR pertinentes ET	ne s'est pas conformé à une ou plusieurs POR pertinentes OU	ne s'est pas conformé à une ou plusieurs POR pertinentes ET
a soumis toutes les données requises découlant des mesures du rendement	n'a pas soumis les données requises découlant des mesures du rendement	s'est conformé à 80% ou moins de tous les critères dans toutes les sections de normes pertinentes
*CSSS seulement : a obtenu 66,6% ou plus à tous les questionnaires du CQA	*CSSS seulement : a obtenu moins de 66,6% à l'un des questionnaires du CQA	*CSSS seulement : a obtenu moins de 66,6% à l'un des questionnaires du CQA

\*Les CSSS (Centre de santé et de services sociaux) qui sont des clients du programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'Agrément (CQA) doivent aussi faire remplir les questionnaires du CQA sur la satisfaction des clients et sur la mobilisation des employés.

### NOTES

**L'agrément conditionnel** signifie que l'organisme doit répondre aux conditions précisées par Agrément Canada pour maintenir son titre d'organisme agréé. La nature des critères et des POR auxquels il y a manque de conformité détermine le délai (six ou douze mois) accordé à l'organisme pour s'y conformer; elle détermine aussi si l'organisme doit soumettre un rapport, participer à une visite supplémentaire ou faire les deux. S'il ne répond pas aux conditions dans le délai prescrit, Agrément Canada peut accorder une prolongation de six mois à l'organisme, selon les commentaires des visiteurs, les preuves soumises pour démontrer que des progrès ont été réalisés et le plan de l'organisme pour se conformer aux critères.

À défaut de répondre à ces exigences dans le délai accordé, l'organisme se verra retirer son statut d'organisme agréé, et ce, à la discrétion d'Agrément Canada.

**Refus d'agrément** : un organisme qui se voit refuser l'agrément peut demander une révision de son statut dans les 6 mois après la tenue de la visite s'il participe à une visite supplémentaire dans les 5 mois. Si les résultats de la visite supplémentaire ne sont pas satisfaisants, l'organisme garde son statut d'organisme non agréé.