



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Douglas Institut universitaire en santé mentale
Verdun, QC

Dates de la visite d'agrément : 10 au 14 mai 2015

Date de production du rapport : 3 juin 2015



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Douglas Institut universitaire en santé mentale (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en mai 2015. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
2.0 Résultats détaillés de la visite	10
2.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
2.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	11
2.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	12
2.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	13
2.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	14
2.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	15
2.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	16
2.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	17
2.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	18
2.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	19
2.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	20
2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	21
2.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	21
2.2.2 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</i>	24
2.2.3 <i>Ensemble de normes : Service des urgences</i>	25
2.2.4 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale</i>	27
2.2.5 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients</i>	31
3.0 Résultats des outils d'évaluation	34
3.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients	34
3.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	36
Annexe A Programme Qmentum	37
Annexe B Processus prioritaires	38

Section 1 Sommaire

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

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Douglas Institut universitaire en santé mentale maintient le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 10 au 14 mai 2015**

- **Emplacement**

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

- 1 Institut universitaire en santé mentale douglas

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Normes sur le leadership
- 2 Gestion des médicaments
- 3 Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

- 4 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 5 Services de santé mentale
- 6 Service des urgences









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	35	1	0	36
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	35	3	0	38
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	179	4	30	213
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	67	0	3	70
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	76	1	0	77
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	27	0	0	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	281	11	16	308
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	13	0	4	17
Total	713	20	53	786

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	130 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Prévention et contrôle des infections	45 (100,0%)	0 (0,0%)	12	31 (100,0%)	0 (0,0%)	3	76 (100,0%)	0 (0,0%)	15
Gestion des médicaments	54 (90,0%)	6 (10,0%)	18	61 (98,4%)	1 (1,6%)	2	115 (94,3%)	7 (5,7%)	20
Service des urgences	40 (95,2%)	2 (4,8%)	5	66 (97,1%)	2 (2,9%)	12	106 (96,4%)	4 (3,6%)	17
Services de santé mentale	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0	119 (96,0%)	5 (4,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	21 (95,5%)	1 (4,5%)	0	111 (98,2%)	2 (1,8%)	0	132 (97,8%)	3 (2,2%)	0
Total	240 (95,6%)	11 (4,4%)	35	438 (98,0%)	9 (2,0%)	17	678 (97,1%)	20 (2,9%)	52

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Service des urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Service des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Service des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Normes sur le leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Service des urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Étant dans une période de transformation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, le conseil d'administration a été dissolu le 1er avril de cette année annulant la norme de la gouvernance et modifiant ainsi le déroulement de la visite. Les visiteurs ont alors concentré leur visite sur les grandes réalisations depuis la dernière visite et sur le maintien des acquisitions lors des visites antérieures. Mais le premier point que les visiteurs tiennent à souligner, porte sur le témoignage émis par le comité des usagers sur le haut niveau d'engagement du personnel

L'Institut joue un rôle stratégique dans la prestation de soins spécialisés, le développement et le partage des connaissances en santé mentale. Il est le chef de file des services psychiatriques pour le RUIS McGill et assure un service de 2e et 3e ligne auprès de la clientèle enfant-jeune, adulte et psychiatrique. Il actualise son mandat académique à travers ses activités de recherche, sa formation aux étudiants en médecine, et aux stagiaires des différentes disciplines et de différents cycles.

La culture de qualité est présente dans l'ensemble de L'Institut. De nombreux projets « Lean et Six Sigma » sont en cours, certains responsables ont une ceinture noire et d'autres sont en voie de l'obtenir. Le bureau de projets soutient ces équipes.

L'un de ces projets porte sur l'amélioration de l'accès aux services et le cheminement du patient, en établissant des corridors services avec la première ligne et le réseau communautaire, en partageant les ressources et en établissant des ententes de services avec les partenaires.

Le projet « L'URGENCE EN ACTION » porte sur l'amélioration de l'accès et du cheminement des patients à l'urgence. Ce projet est basé sur les objectifs cliniques suivant : l'amélioration de l'accès, de la fluidité et de la continuité des services, l'optimisation des processus internes, l'assurance d'un environnement guérissant. Ainsi, l'amélioration de l'expertise client et de la qualité des services a été le fondement du projet.

Une démarche importante de révision des processus de dotation a été réalisée et appliquée. Les personnes peuvent postuler en ligne et les documents ont été simplifiés et la formule de questions utilisée est conviviale. Les résultats des indicateurs démontrent son efficacité.

Un défi dont l'Institut aura à relever est certainement l'intégration de l'Institut au Centre intégré universitaire des services de santé et services sociaux CIUSSS. L'Institut aura pour défi de développer de nouvelles ententes avec les CISSS tant à l'interne qu'à l'externe, d'intégrer dans une démarche de complémentarité sa mission aux multiples missions qui composent le CISSS, de participer à la mise en place d'un réseau intégré et de maintenir ses spécificités au niveau de l'enseignement et de la recherche.

Bien que l'Institut ait un rayonnement au-delà des frontières, il est invité à évaluer la possibilité d'influencer les pratiques auprès d'institutions qui ont dans leur mission de donner des services aux personnes ayant une maladie mentale afin qu'ils puissent appliquer les meilleures pratiques auprès de cette clientèle.

En lien avec sa planification stratégique et son cheminement en amélioration continue de la qualité, l'Institut a le défi d'identifier et d'évaluer des indicateurs de résultats cliniques et de rétablissement.

Section 2 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

	Critère à priorité élevée
	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

2.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Une démarche importante a été réalisée sur la planification et la conception des services. Les objectifs du projet touchaient l'amélioration de l'accès aux services, la fluidité du cheminement du patient dans un continuum de services. Les résultats démontrent que les résultats attendus ont été dépassés et de nouveaux objectifs ont été fixés.

2.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'Institut est prévoyant quant à sa gestion financière. En effet, l'équilibre financier est atteint chaque année. Étant dans une phase importante de transition vers une structure à missions multiples, un travail d'évaluation et d'identification des cibles budgétaires à réduire pour l'année est en cours sans toutefois connaître l'ampleur de réductions budgétaires.

Une planification des travaux de maintien d'actifs notamment la vétusté des bâtisses et de rénovations fonctionnelles mineures sur trois ans est en place. Les ressources techniques travaillent étroitement avec les directeurs pour identifier les besoins des programmes et services. Les projets retenus principalement visent l'amélioration de la sécurité du patient et la qualité du service.

Les services informationnels ont mis en place un système d'accès des demandes de services et la réponse se donne dans un très court délai. La numérisation des dossiers est en cours. Les utilisateurs expriment leur satisfaction envers la qualité du service et de sa préoccupation client.

2.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) a octroyé à l'Institut la certification « Entreprise en santé : renommé Douglas en santé ». L'Institut a été le premier établissement de santé mentale au Québec à être certifié et celle-ci a été reconduite en février 2014, répondant aux exigences de la démarche. Cette réalisation témoigne de l'engagement de l'Institut envers la santé globale de ses employés.

À la suite de la révision des processus de dotation, les résultats en découlant tel que les activités de promotion et de recrutement ont démontré leur efficacité et leurs impacts sont positifs. Ayant un PMO à jour, la direction est en mesure de planifier les besoins actuels et futurs en matière de relève. Lors de l'accueil, le nouvel employé reçoit une clé USB contenant toute l'information pertinente à son travail.

De nombreux indicateurs, dont la présence au travail, démontrent l'efficacité des actions visant à ce que les employés travaillent dans une culture positive ainsi que la conciliation vie-travail.

2.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Depuis 2013, l'Institut utilise les éléments du Guide de gestion intégrée de la qualité de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux. En 2014, l'Institut reçoit une subvention pour déployer l'approche « Lean Six Sigma » au sein du réseau de la santé. Les projets d'amélioration qui en découlent sont en lien avec les objectifs prioritaires d'amélioration de l'accès aux soins et du rehaussement de la performance, pour assurer aux patients une meilleure continuité et une meilleure expérience.

Des comités de qualité sont en place et se rencontrent sur une base continue. D'ailleurs, les activités d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, sont intégrées dans la structure organisationnelle des programmes clientèles. De plus, la formation « Lean » est donnée à l'ensemble des gestionnaires, quelques-uns ont et auront leur ceinture noire.

Toutefois, l'organisme est invité à revoir les différentes démarches de qualité à les harmoniser afin de réduire les multiples plans. Il serait bon de répertorier les différentes démarches et de voir à mettre en place une méthode qui est conviviale. Le bureau de projet pourrait être interpellé dans cette démarche qui s'avère essentielle.

Tous les intervenants sont invités à déposer des projets d'amélioration de la qualité des services. Ceux-ci sont déposés au Bureau de projet, sont évalués selon des critères reconnus notamment la sécurité, la qualité, la transversalité et la valeur ajoutée par un comité de pilotage. Les projets retenus sont acheminés au comité stratégique transformationnel, composé de directeurs qui après évaluations, entérine les recommandations émises par le comité de pilotage. Le Bureau de projet soutient la démarche.

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

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

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

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

Le Comité d'éthique clinique s'inscrit dans un ensemble d'activités qui vise à assurer une prise de décisions fondée sur les principes d'éthique, et ce, à tous les niveaux de l'organisation.

Depuis la dernière visite d'agrément, les responsables du comité éthique ont revu son fonctionnement afin de s'assurer que le personnel applique les règles éthiques, reçoivent une réponse à leur questionnement concernant des situations complexes. Pour ce faire, le mode de fonctionnement a été revu et des ambassadeurs-représentants les programmes, participent au comité et font la liaison auprès de leurs équipes. De plus, le comité s'est donné de nouvelles règles de fonctionnement pour améliorer l'accès aux consultations à la grande satisfaction des intervenants.

2.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'établissement s'est organisé et a investi pour accroître son rayonnement et la mise en valeur de son expertise à l'interne comme à l'externe.

L'Institut Universitaire en santé mentale Douglas est un institut de classe mondiale, affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé, qui soigne les personnes souffrant de maladie mentale et qui leur offre espoir et guérison. Ses équipes de spécialistes et chercheurs font constamment évoluer les connaissances scientifiques, les intègrent aux soins offerts à leurs patients et les partagent avec la communauté pour la sensibiliser et éliminer les préjugés entourant la maladie mentale.

Pour atteindre ces objectifs, il s'est adapté aux nouveaux médias sociaux. Il poursuit son mandat de transfert de connaissances, de diffusion, de vulgarisation des résultats de recherche auprès du personnel et du grand public en utilisant plusieurs supports pour communiquer comme l'intranet, « À vous le micro », le magazine « D.COM », les cours de l'école mini psy en coffret DVD.

Les services de communication sont très proactifs, éclairent les prises de décision concernant l'information à diffuser à tous les niveaux de l'organisation, et exercent une intense vigie pour la protection de la vie privée des usagers, la confidentialité de certaines informations, tout en maintenant l'authenticité dans le partage des informations.

2.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'Institut Douglas comprend un groupe de 36 bâtiments reliés par un réseau de tunnels de plus d'un kilomètre. L'âge de certains bâtiments dépasse 100 ans et leur maintien est un défi constant. Des améliorations sont en cours pour rendre certains des bâtiments plus résistants aux séismes. Les demandes pour réparations mineures sont documentées dans un logiciel qui permet de vérifier si les requêtes sont complétées dans les temps ciblés.


L'Institut a fait beaucoup d'efforts pour diminuer son impact sur l'environnement et plusieurs projets ont été complétés pour atteindre cet objectif. La certification « BOMA-Best » a été reconfirmée en novembre 2012 et l'Institut a reçu la certification « LEED-vert » en 2014 pour son centre d'imagerie cérébrale. La cible de 60 % pour 2015 pour le pourcentage de déchets recyclés a déjà été dépassée.

La sécurité est une préoccupation constante et l'Institut continue d'améliorer la sécurité des patients, des visiteurs et des employés. L'Institut possède plus de 100 caméras pour surveiller les bâtiments, les stationnements, et les routes sur les terrains. L'entrée se fait par clé ou par carte d'accès. Les sas aux entrées aident à diminuer les fugues. Il existe toujours des défis pour sécuriser tous les bâtiments et terrains, mais des mesures sont en place pour diminuer les risques.

L'hygiène et la salubrité sont aussi contrôlées de près. Les routes pour l'entretien ménager sont standardisées et un mécanisme est en place pour évaluer la qualité des services à chaque période fiscale. Un logiciel a été développé pour documenter la qualité du travail de chaque employé et la documentation se fait avec une tablette électronique. Les résultats sont tabulés et apparaissent sur le tableau de bord de l'équipe.

2.1.8 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
14.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme harmonise le plan d'intervention relatif à tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme à celui des organismes partenaires ainsi que des gouvernements local, régional et provincial.	

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

L'établissement s'est doté d'un plan exhaustif en vue de situations d'urgence. Ce plan répond par des politiques et procédures aux différentes situations engendrées par les différents codes de couleur. Par exemple, pour répondre à un code blanc, des équipes d'intervention ont été mises en place afin de travailler à la pacification du client en y consacrant du temps et en utilisant les différents outils présentés dans les formations oméga. Cette approche a permis une baisse significative des codes blancs au profit de demandes d'assistance et un recul des blessures conséquentes aux interventions. Il est également à souligner la préparation d'un protocole d'entente entre le Service de police de Montréal (SPVM) et l'institut, visant la collaboration des interventions pour assurer la sécurité des patients, des visiteurs, du personnel, des médecins et de la population dans un contexte de soins et de services en santé mentale.

Pour tout ce qui est relatif à la mise en place de mesures d'urgence en cas d'incendies, un énorme travail a été réalisé, de nombreux exercices d'évacuation ont lieu sur l'ensemble des pavillons et des quarts de travail.

Le plan d'intervention relatif à tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences est seulement en cours d'élaboration et devra s'ajuster aux nouvelles réalités du CIUSSS. L'établissement est encouragé à le finaliser et à l'arrimer à celui de ses partenaires afin de l'officialiser dans des délais à fixer dans une proche planification.

L'ensemble des processus est structuré, l'organisme gagnerait à valider leur connaissance et leur implantation auprès de l'ensemble des personnes présentes dans l'établissement, y compris les bénévoles.

2.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas est depuis peu intégré dans une structure d'établissements de missions différentes. Afin de mieux s'intégrer à cette nouvelle organisation, un plan clinique et académique rédigé en 2013 a été mis à jour en révisant l'offre de services, les activités de recherches et en ajoutant les changements liés à l'évolution clinique des services.

Le cheminement des patients à travers les services de l'Institut a été révisé avec la participation des intervenants en s'appuyant sur une démarche d'optimisation des processus d'accès, de fluidité et de continuum.

Les résultats démontrent nettement l'efficacité de cheminement du client telle que l'accès aux services de réadaptation intensive qui est passé de 16 à 3.2 semaines

2.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Un inventaire des équipements et des appareils médicaux est maintenu à jour et les étapes du processus d'achat, de renouvellement et de rehaussement sont clairement identifiées.

Le processus d'entretien préventif est bien structuré et un guide d'entretien préventif est utilisé. Il y a un contrat d'entretien préventif avec l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Il n'y a pas de stérilisation. Les équipements jetables ne sont pas réutilisés.

Le processus de formation du personnel à l'orientation et aux mises à jour concernant le retraitement des appareils médicaux est adéquat.

2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

2.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
6.5 L'organisme a accès à un pharmacien en tout temps, sur place ou sur appel, pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!

10.2	L'organisme utilise une variété limitée de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'utilisateur.	!
15.2	Le pharmacien contrevérifie le calcul des doses des médicaments prescrits en pédiatrie établies en fonction du poids.	!
17.4	Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur administration.	!
18.2	La pharmacie délivre des médicaments dans des emballages à dose unitaire.	!
19.1	Quand la pharmacie est fermée, l'organisme permet au personnel et aux prestataires de services désignés d'accéder à une armoire de nuit ou à un distributeur automatique, leur offrant ainsi une sélection limitée de médicaments utilisés en situation d'urgence.	
20.2	L'organisme protège la santé et la sécurité des prestataires de services qui transportent, administrent et éliminent les médicaments chimiothérapeutiques.	!

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Dans l'ensemble, la gestion des médicaments est très bien encadrée et le groupe de la pharmacie contrôle tous les aspects du cycle du médicament. Plusieurs projets d'amélioration sont en cours notamment le déploiement des cabinets automatisés (Pixis) sur les unités de soins, ceci améliore et facilite le contrôle des narcotiques et des drogues contrôlées. La médication conservée au commun est réévaluée de façon régulière et une revue plus en profondeur est en cours en préparation du lancement des cabinets automatisés. Le comité de pharmacologie semble actif et dynamique, offre un support aux initiatives pour améliorer et rendre plus sécuritaire la gestion des médicaments. Le contrôle des électrolytes et des narcotiques concentrés, et des préparations d'héparine est serré et bien encadré. Il y a quelques programmes d'automédication à Porteus 1A et 2 qui semblent bien encadrés. La sélection des patients est faite par l'équipe interdisciplinaire, mais il serait peut-être utile de créer des critères de sélection plus formels. Ceci permettrait de clarifier qui sont les patients ciblés et quels sont les buts par l'automédication.

On a noté sur quelques unités de soins que le réfrigérateur dédié aux médicaments avait aussi de la nourriture ou des breuvages. Un rappel du besoin de dédier ces réfrigérateurs aux médicaments serait probablement utile. Certains médicaments sont aussi conservés après le départ du patient au lieu d'être retournés à la pharmacie.

La pharmacie a fait beaucoup d'améliorations depuis la dernière visite et s'est assuré d'être conforme aux nouvelles normes associées à la gestion des médicaments. Ce travail peut être lourd à gérer et il consomme une partie importante des ressources du département, mais est bénéfique à l'amélioration de la qualité des services donnés.

Les infirmières de plusieurs unités de soins comme DICP, Porteus 2 et Stearns préparent la médication au poste des infirmières et mettent les médicaments dans des petits contenants pour chaque patient. Cette pratique est plus rapide et semble éviter des allers-retours associés à la méthode préconisée de préparer les médicaments, pour un seul patient à la fois, mais, cette pratique augmente le risque de donner un médicament au mauvais patient. L'équipe est invitée à revoir cette pratique.

2.2.2 Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

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

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le comité de prévention des infections est fonctionnel et la conseillère en prévention des infections relève du programme qualité de l'Institut. Une approche de responsabilité en collaboration est en place et implique tous les programmes.

La conseillère en prévention des infections fait des visites hebdomadaires sur toutes les unités et les mesures nécessaires sont prises et suivies. Des audits sont réalisés et s'inscrivent dans une vision d'amélioration continue.

Des liens étroits existent avec l'équipe de la salubrité. Celle-ci a développé et utilise un logiciel de gestion des tâches concernant la salubrité qui inclut les objectifs en prévention des infections.

Le programme d'hygiène des mains est bien structuré et fonctionnel.

Des outils de communication et de formation en prévention des infections pour le personnel et la clientèle sont utilisés. Une vidéo concernant la prévention des infections a également été adaptée pour les milieux d'hébergement de l'Institut.

Des liens de collaboration entre les Instituts universitaires en santé mentale concernant la prévention des infections en milieu psychiatrique ont été créés. Cette initiative mérite des éloges.

Le programme de prévention des infections est conforme aux normes.

2.2.3 Ensemble de normes : Service des urgences

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

7.1	L'organisme veille à ce que les entrées du service des urgences soient clairement indiquées et accessibles.	!
8.3	L'équipe effectue une évaluation de triage pour chaque usager à l'intérieur des délais recommandés dans l'ETG et en consigne les résultats.	!
8.7	L'équipe est en communication constante avec les usagers qui sont en attente.	
8.8	L'équipe surveille les usagers qui sont en attente aux urgences afin de déceler toute détérioration de leur état et les réévaluer s'il y a lieu.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Ayant pour objectif d'impliquer et de responsabiliser le patient dans la reconnaissance de son problème et de l'identification des objectifs qu'il entend atteindre, l'équipe est à mettre en place une approche participative dont le but est de sensibiliser le patient aux alternatives en dehors de l'hospitalisation. C'est une approche dynamique qui aura comme résultat de réduire les séjours souvent répétitifs à l'UIB.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel reçoit une orientation lors de l'embauche suivie. Un plan de formation est construit selon les besoins du nouvel intervenant. Dans les premières semaines, celui-ci est accompagné par le chef de service. Une évaluation de l'acquisition des connaissances est réalisée et le coaching est poursuivi lorsque nécessaire.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une nouvelle approche faisant appel à l'implication et à la participation du patient est actuellement réalisée auprès de quelques patients et sera appliquée à l'ensemble à la suite du déménagement. L'évaluation de cette approche s'avère très efficace.

L'équipe est invitée à revoir la signalisation externe et interne afin de faciliter le repérage à une distance sécuritaire. Il est difficile d'avoir une communication constante avec le client de la salle d'attente étant donné l'architecture actuelle. Les futurs locaux permettront d'évaluer en tout temps l'état du patient sous plusieurs angles de vue.

Il est demandé à la personne d'être inscrite au bureau d'admission avant de passer au triage. L'équipe est invitée à ne pas attendre le déménagement pour changer l'ordre du processus d'admission.

Processus prioritaire : Aide à la décision

À la suite du déménagement de la salle d'urgence, un réseau informatique sera disponible pour les médecins et les infirmières qui rédigeront les notes au dossier du patient. Tous les postes de travail du personnel infirmier seront munis de postes de travail.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une démarche d'optimisation a été réalisée dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux services et cela en temps opportun. Cette démarche assure la fluidité de l'épisode de soins par une réduction considérable de temps et favorise le continuum avec les divers partenaires.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Il n'y a pas de prélèvement d'organes ou de tissus à l'Institut. Par contre, les volontés de prélèvements lorsqu'il y a lieu, sont consignées au dossier du client.

2.2.4 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe travaillent en collaboration pour fixer les buts et les objectifs de leurs services.	
2.2 Les objectifs de l'équipe se rattachant aux services de santé mentale sont précis et mesurables.	
2.3 L'équipe détermine les ressources nécessaires pour atteindre ses buts et ses objectifs.	

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

17.8 L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
17.10 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

DICP : Le service est bien encadré et répond aux besoins de la clientèle. Les étudiants et stagiaires sont les bienvenus et sont intégrés avec la clientèle. L'équipe collabore avec ses partenaires et maximise l'utilisation des ressources disponibles.

L'équipe interdisciplinaire, autant au Porteus 2 qu'à l'unité Moe Levin est très dynamique et participe de façon active aux décisions de traitement. Chaque membre apporte une expertise unique qui aide l'équipe à prendre des décisions éclairées. Les membres de l'équipe reçoivent la formation Oméga pour gérer et

minimiser les conséquences liées à la violence. La performance du personnel est évaluée tous les 2 ans et la charge de travail est réévaluée régulièrement pour s'assurer qu'elle est équitable notamment à l'unité Moe Levin. Les bons coups sont reconnus.

Hébergement spécialisé : Les intervenants-ressources auprès des ressources résidentielles sont centrés sur les besoins de la personne, axés sur l'amélioration continue de la qualité et orientés vers le rétablissement. Les rôles de l'utilisateur, de la ressource, de l'intervenant-utilisateur et de l'intervenant-ressource sont clairement définis. Les partenariats communautaires sont divers et actifs.

THAI : Le Programme THAI comprend une unité d'hospitalisation, cinq cliniques externes, un programme de jour et un programme d'hôpital de jour. L'équipe interdisciplinaire est centrée sur les besoins de la personne et l'accompagnement vers le rétablissement.

Troubles alimentaires : L'équipe fonctionne de façon transdisciplinaire. Le leadership est dynamique.

Pédopsychiatrie : L'équipe a accès à des ressources pour offrir les services dont leurs patients ont besoin. L'édifice ne favorise pas le travail de l'équipe et les infirmières doivent passer d'un étage à l'autre fréquemment. Une rénovation du bâtiment, planifiée pour cette année, va éliminer ces difficultés et rendre le travail plus efficace et sécuritaire. L'équipe travaille de près avec ses partenaires principaux. Les stagiaires sont présents et appréciés par l'équipe.

Processus prioritaire : Compétences

DICP : Les membres de l'équipe sont évalués de façon régulière tous les 2 ans. De la formation pertinente est offerte de façon régulière comme la formation Oméga ou le RCR, etc. Il y a une orientation efficace pour les nouveaux membres de l'équipe.

Gérontopsychiatrie : L'équipe interdisciplinaire, autant au Porteus 2 qu'à l'unité Moe Levin est très dynamique et participe de façon active aux décisions de traitement. Chaque membre apporte une expertise unique qui aide l'équipe à prendre des décisions éclairées. Les membres de l'équipe reçoivent la formation Oméga pour gérer et minimiser les conséquences liées à la violence. La performance du personnel est évaluée tous les 2 ans et la charge de travail est réévaluée régulièrement pour s'assurer qu'elle est équitable comme à l'unité Moe Levin. Les bons coups sont reconnus.

Troubles alimentaires : L'équipe des troubles alimentaires offre des soins supra régionaux de 3e ligne. L'excellence de son approche clinique axée sur le rétablissement a été reconnue par de nombreux prix. Le programme est un modèle d'intégration de la recherche et de la formation avec le travail clinique. Ses liens étroits et son mentorat en 1re et 2e lignes méritent une note d'excellence.

Pédopsychiatrie : L'équipe interdisciplinaire est motivée et répond aux besoins de la clientèle, autant à l'unité interne qu'à l'unité de transition et à l'hôpital de jour. Les membres de l'équipe reçoivent de la formation régulièrement et sont aussi bien préparés contre les comportements agressifs ou violents grâce à la formation Oméga. L'Institut reconnaît son personnel de plusieurs façons, dont les étapes de service de 5ans, de 10ans, etc., et avec des occasions spéciales comme la fête de famille. Les employés apprécient ces gestes de la haute direction.

Processus prioritaire : Épisode de soins

DICP : L'équipe connaît bien ses clients et elle s'assure que chacun reçoit les soins qui sont appropriés pour leur condition. Les membres de l'équipe sont patients et utilisent des méthodes de contrôle des clients qui

maintiennent leur dignité. L'équipe de soins, la famille et les partenaires de la communauté évaluent le patient et s'entendent sur un plan de traitement approprié et réaliste. Le but du plan de soins vise la réintégration dans la communauté si possible. L'équipe de soins donne de l'information sur la sécurité aux patients et à leurs familles. Le centre de jour Phoenix participe au traitement du patient et son équipe est aussi présente lors de l'élaboration des plans de soins intégrés. La transmission de l'information lors de transitions se fait de façon efficace et complète.

Gérontopsychiatrie : Le travail de l'équipe est centré sur le patient et la sécurité est toujours mise en priorité. Les familles sont impliquées et reçoivent de l'information de façon régulière. Lors de l'admission, les patients sont tous évalués et les tests appropriés sont effectués comme à Porteus 2. Le risque de suicide est bien évalué et documenté. L'équipe est fière de la qualité des soins qu'elle prodigue. Elle utilise le niveau de participation et l'humeur des patients comme baromètre pour évaluer le succès de leurs interventions. Les plaintes sont soumises à l'ombudsman et le suivi est fait de manière appropriée. Le plan de soins est suivi et revu régulièrement. Le bilan comparatif est complété et utilisé de façon régulière. L'équipe reconnaît que les cas sont maintenant plus lourds que dans le passé et que la charge de travail augmente en conséquence. Les nouvelles méthodes non pharmacologiques pour contrôler les patients sont innovatrices et le défi est de s'assurer qu'elles sont utilisées par toutes les équipes. L'équipe est aussi fière de son expertise en général et aimerait être capable de l'exporter à l'extérieur de ses murs.

Hébergement spécialisé : Le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles de Montréal est un guichet unique coordonné conjointement avec l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Les options d'hébergement sont donc plus variées et adaptées aux besoins de la clientèle.

Un Guide de préparation à l'entrevue pour les personnes demandant une ressource résidentielle est disponible. Des critères de priorisation sont utilisés. Un instrument de détermination et de classification est utilisé afin de mieux cerner les besoins et le potentiel de mobilité de la clientèle. Le Programme d'hébergement spécialisé est conforme aux normes.

THAI : Le Programme est conforme aux normes.

Troubles alimentaires : Une approche séquentielle de prestation des soins est utilisée. Le Programme offre ainsi des soins en clinique externe, programme de jour, hôpital de jour et unité d'hospitalisation. Ceux-ci sont en lien avec l'intensité des besoins de la personne. Une formation et un soutien clinique sont également offerts aux équipes de 1re ligne. Le Programme est conforme aux normes.

Pédopsychiatrie : Les patients sont suivis étroitement, et les risques associés au suicide, à la fugue ou à l'automutilation sont gérés efficacement. L'expertise de l'équipe dans les troubles alimentaires est unique et il existe un besoin pour l'Institut d'exporter ses connaissances dans les CISSS pour maximiser le support en communauté. Un nouvel éthicien clinique arrivera bientôt à l'Institut et son expertise en pédopsychiatrie est vue d'un très bon œil par l'équipe. Les membres de l'équipe sont dévoués aux patients et travaillent en étroite collaboration et avec humour. L'équipe travaille de près avec les familles, mais reconnaît qu'elle devra continuer à améliorer ce lien important pour influencer positivement les résultats avec les patients. La zoothérapie disponible à l'Institut a un impact grandement positif avec la clientèle pédiatrique. L'accès à l'école est aussi un aspect positif, car les jeunes peuvent garder le contact avec un milieu scolaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision

DICP : L'équipe utilise les données probantes pour améliorer les services aux patients et maintient des liens avec les autres centres similaires au Québec pour s'assurer d'offrir les meilleurs soins. L'équipe demande l'avis des patients et fait des changements en conséquence.

Gérontopsychiatrie : L'équipe utilise les lignes directrices pour améliorer les soins à ses patients. Les membres de l'équipe ont accès à de l'éducation continue ce qui leur permet de s'assurer qu'ils utilisent les données probantes les plus récentes lorsqu'ils prennent des décisions au sujet de leurs patients.

Pédopsychiatrie : Le travail accompli dans l'unité de pédopsychiatrie au bâtiment Stearns est ultraspécialisé pour satisfaire les besoins de la population traitée. L'équipe doit donc consulter des unités similaires d'autres institutions à travers le pays et aux États-Unis pour pouvoir comparer les meilleures pratiques. Le dossier de chaque patient est complet et à jour.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats


DICP : La sécurité est prise au sérieux et on voit les résultats lors de la visite sur cette unité de soins. Les employés ne travaillent jamais seuls avec le client et ils s'entraident pour désamorcer les situations tendues. La plupart des membres de l'équipe ont suivi la formation Oméga et les formations d'appoint. L'équipe documente tous les actes violents pour mieux adapter leur travail selon le statut du patient. Les résultats de l'unité sont disponibles sous forme de tableau de bord sur l'intranet. Les membres de l'équipe devraient avoir accès aux résultats. L'information devrait être plus visible sur l'unité.

Gérontopsychiatrie : La sécurité est importante, surtout au pavillon Moe Levin, et les intervenants ont la formation Oméga. Ils utilisent des méthodes non pharmacologiques pour calmer les patients et ils prennent le temps nécessaire pour que l'équipe n'ait pas à utiliser des méthodes de contrôle plus envahissantes. L'évaluation du risque de chute est bien faite et les tableaux présents dans les postes d'infirmière permettent un accès rapide à cette information.

THAI : Concernant le cheminement de l'équipe en amélioration continue de la qualité, celle-ci est encouragée à développer, à implanter et à évaluer des indicateurs de résultats cliniques et de rétablissement.

Pédopsychiatrie : Les questions liées à la sécurité et à l'amélioration de la qualité sont abordées avec l'équipe et des objectifs sont établis. Il existe un tableau de bord qui liste tous les indicateurs, mais l'équipe doit aller sur l'intranet pour aller voir les résultats. Il sera bon de considérer afficher les résultats dans les lieux communs pour que les employés puissent voir facilement où ils en sont rendus avec leurs efforts et ce qu'il reste à faire pour attendre l'objectif fixé.

2.2.5 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
14.5 Après le transfert ou la fin des services, l'équipe communique avec la personne, la famille et l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès du transfert et de la fin des services, et elle utilise les renseignements ainsi obtenus pour améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
19.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	
19.11 L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>La direction des services est effectuée en cogestion avec les médecins. Dans certains services, la relation de confiance entre le médecin-psychiatre et l'équipe est remarquable et permet en conséquence à l'équipe clinique d'intervenir rapidement dans le traitement des usagers avant même qu'ils ne soient vus par le médecin, ce qui a pour effet d'améliorer les listes d'attente et de renforcer les équipes.</p> <p>L'établissement porte une grande attention à réduire la stigmatisation et à collaborer avec d'autres organismes dans cet objectif, le centre Wellington en témoigne par son fonctionnement, ses services offerts, les événements mis en place par exemple, le salon annuel où se trouvent conviés la population, les participants du centre et les organismes communautaires.</p>	

L'Institut offre des services spécialisés de troisième et de deuxième ligne, son rayonnement universitaire fait partie de sa mission et de nombreuses demandes de formation affluent, que ce soit au niveau des partenaires, du Québec ou au niveau de l'international. Un plan formalisé d'offres de formations pourrait venir soutenir ce positionnement de troisième ligne de l'Institut Douglas au niveau national et international.

Processus prioritaire : Compétences

L'ensemble du personnel est très satisfait des formations reçues.

L'établissement peut être fier de ses équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires.

Le personnel est très mobilisé par les défis à relever dans chaque secteur afin d'améliorer la qualité des interventions et l'organisation des services au profit de la clientèle, y compris dans la nouvelle réalité du CIUSSS.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services de santé mentale communautaires et de soutien aux clients sont très diversifiés, structurés et répondent aux besoins des usagers et de leurs familles. Ils témoignent d'une grande expertise, d'approches adaptées et de grandes forces de la part des équipes cliniques et médicales.

Des améliorations pourraient être apportées aux heures d'ouverture des différents services que ce soit en soirée ou en fin de semaine afin de mieux répondre aux besoins des usagers ou de la famille qui travaillent.

Des listes d'attente limitent encore la fluidité des trajectoires des usagers, même si elles sont une préoccupation quotidienne des professionnels. À cet égard, des réaménagements des priorisations et des façons de faire sont à poursuivre dans la cohérence, la continuité, et la personnalisation des services.

Le recours à l'éthique est présent chez les professionnels et permet de dénouer certaines situations complexes tant au niveau psychosocial qu'au niveau des valeurs. L'arrivée récente d'un pédoéthicien est à souligner dans les équipes de pédopsychiatrie.

Beaucoup d'énergie est investie pour permettre aux jeunes la poursuite de leurs études et pour leur offrir le soutien et les soins qui leur sont nécessaires dans les différentes cliniques spécialisées de l'hôpital de jour, tous dignes de mention. Le centre Wellington offre également une gamme d'opportunités pour les adultes qui fréquentent le centre, afin de leur permettre de poursuivre leur vie, animée par leurs espoirs et des choix éclairés.

Les efforts fournis pour déstigmatiser la santé mentale doivent être poursuivis dans l'ensemble des espaces publics, afin de favoriser la pleine citoyenneté des personnes ayant vécu un épisode de soins en santé mentale.

Après un transfert ou à la fin des services, les équipes sont encouragées à contacter la personne, sa famille ou le nouvel organisme pour évaluer avec la personne sa nouvelle situation, ce qui permettra d'améliorer la planification du transfert, mais aussi de l'humaniser.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Étant donné que les notes au dossier de l'utilisateur peuvent être rédigées autant en français qu'en anglais, il pourrait être intéressant que l'information sur cette façon de faire, en lien avec le bilinguisme offert au niveau des prestations, soit transmise systématiquement en début de services au patient, et à la famille éventuellement, au cas où une demande d'accès au dossier se présente durant l'épisode de soins.

La recherche est de plus en plus intégrée, les chercheurs et les cliniciens travaillent davantage ensemble, à souligner que les résultats sont présentés aux patients et à leur famille lors d'événements dédiés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La sécurité des usagers est une priorité à l'Institut. L'organisme offre au moins une fois l'an de la formation ou du perfectionnement dans cette matière, aux dirigeants de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services, aux bénévoles comme l'évaluation du risque suicidaire, la formation Oméga, l'utilisation des mesures de contrôle, le RCR, la prévention des infections, la prévention des chutes et l'hygiène des mains.

Des objectifs mesurables sont en place et sont excellents comme les auto-évaluations de la fidélité au modèle du traitement intégré des troubles concomitants, mais ne sont pas suivis globalement avec des délais établis dans un tableau de bord intégré par service. Les équipes n'évaluent pas régulièrement leurs projets d'amélioration de la qualité y compris leurs activités, leurs objectifs et leurs indicateurs. Elles sont encouragées à utiliser les renseignements obtenus pour planifier leurs initiatives d'amélioration de la qualité en accord avec le plan global d'amélioration de la qualité de l'organisme, ses buts et ses objectifs, sa mission et ses valeurs.

Section 3 Résultats des outils d'évaluation

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

3.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients

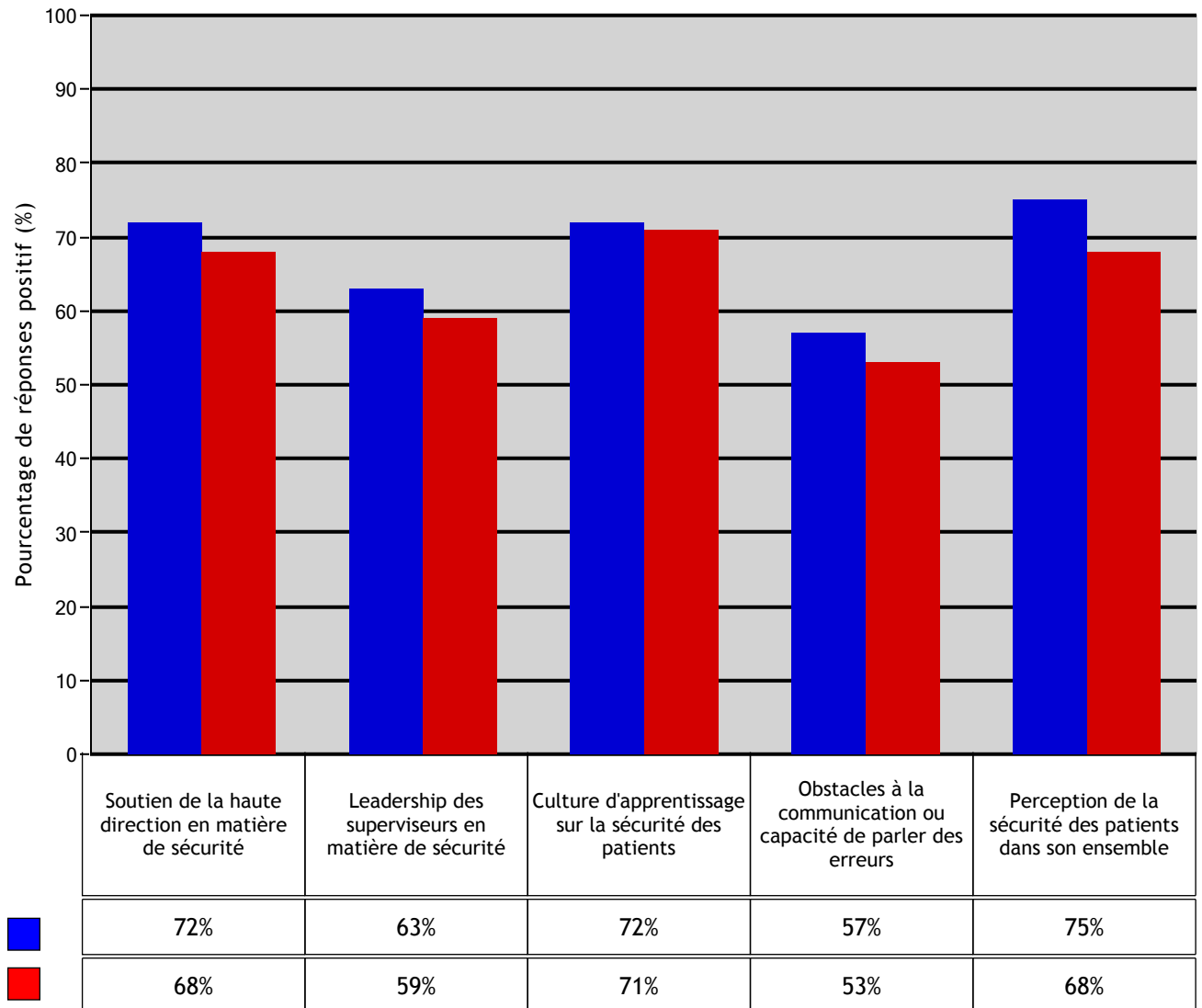
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 27 août 2013 au 19 octobre 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 221
- Nombre de réponses : 783

Culture de sécurité des patients : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

■ Douglas Institut universitaire en santé mentale

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

3.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

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

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

L'organisme a utilisé un questionnaire de remplacement approuvé par Agrément Canada pour évaluer la qualité de vie au travail. Il a fourni à Agrément Canada les résultats découlant de cet outil et il a eu l'occasion de cerner ses points forts ainsi que de voir aux possibilités d'amélioration. Pendant la visite d'agrément, les visiteurs ont examiné les mesures prises par l'organisme.

Annexe A Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

Processus prioritaire	Description
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Processus prioritaire	Description
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.