



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc.

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 octobre 2016

Date de production du rapport : 2 novembre 2016

Au sujet du rapport

Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. (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 octobre 2016. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire | 1 |
| Décision relative au type d'agrément | 1 |
| Au sujet de la visite d'agrément | 2 |
| Analyse selon les dimensions de la qualité | 3 |
| Analyse selon les normes | 4 |
| Aperçu par pratiques organisationnelles requises | 5 |
| Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs | 8 |
| Résultats détaillés de la visite | 10 |
| Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires | 11 |
| Processus prioritaire : Gouvernance | 11 |
| Processus prioritaire : Planification et conception des services | 13 |
| Processus prioritaire : Gestion des ressources | 14 |
| Processus prioritaire : Capital humain | 15 |
| Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité | 16 |
| Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | 17 |
| Processus prioritaire : Communication | 18 |
| Processus prioritaire : Environnement physique | 19 |
| Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence | 20 |
| Processus prioritaire : Cheminement des clients | 21 |
| Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux | 22 |
| Résultats pour les normes sur l'excellence des services | 23 |
| Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service | 23 |
| Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments - Secteur ou service | 25 |
| Ensemble de normes : Services de réadaptation - Secteur ou service | 27 |
| Résultats des outils d'évaluation | 29 |
| Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015) | 29 |
| Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers | 33 |
| Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail | 35 |
| Commentaires de l'organisme | 37 |

Annexe A - Programme Qmentum

39

Annexe B - Processus prioritaires

40

Sommaire

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

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

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

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

Décision relative au type d'agrément

Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 octobre 2016**

- **Emplacement**

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

1. Hôpital de réadaptation Villa Medica

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gouvernance
2. Leadership
3. Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections
4. Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services

5. Services de réadaptation - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)

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.) | 27 | 0 | 1 | 28 |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 12 | 0 | 0 | 12 |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 130 | 1 | 11 | 142 |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 59 | 2 | 1 | 62 |
|  Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 66 | 1 | 2 | 69 |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.) | 9 | 0 | 1 | 10 |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 224 | 3 | 11 | 238 |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.) | 22 | 0 | 0 | 22 |
| Total | 549 | 7 | 27 | 583 |

Analyse selon les normes

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

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

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

| Ensemble de normes | Critères à priorité élevée * | | | Autres critères | | | Tous les critères (Priorité élevée + autres) | | |
|---|------------------------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------|-----------|---|---------------------|-----------|
| | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. |
| | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre |
| Gouvernance | 49 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 | 34 (97,1%) | 1 (2,9%) | 1 | 83 (98,8%) | 1 (1,2%) | 2 |
| Leadership | 48 (98,0%) | 1 (2,0%) | 0 | 94 (97,9%) | 2 (2,1%) | 0 | 142 (97,9%) | 3 (2,1%) | 0 |
| Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | 21 (100,0%) | 0 (0,0%) | 6 | 42 (100,0%) | 0 (0,0%) | 4 | 63 (100,0%) | 0 (0,0%) | 10 |
| Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments | 62 (100,0%) | 0 (0,0%) | 8 | 53 (96,4%) | 2 (3,6%) | 3 | 115 (98,3%) | 2 (1,7%) | 11 |
| Services de réadaptation | 43 (97,7%) | 1 (2,3%) | 1 | 78 (100,0%) | 0 (0,0%) | 2 | 121 (99,2%) | 1 (0,8%) | 3 |
| Total | 223 (99,1%) | 2 (0,9%) | 16 | 301 (98,4%) | 5 (1,6%) | 10 | 524 (98,7%) | 7 (1,3%) | 26 |

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité | | | |
| Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Divulgence des événements (Leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Gestion des événements (Leadership) | Conforme | 6 sur 6 | 1 sur 1 |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de réadaptation) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Services de réadaptation) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 3 sur 3 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de réadaptation) | Conforme | 4 sur 4 | 1 sur 1 |
| But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments | | | |
| Électrolytes concentrés (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Sécurité liée à l'héparine (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 0 sur 0 |
| Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de réadaptation) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| Plan de sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 2 sur 2 | 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 : Milieu de travail | | | |
| Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Programme d'entretien préventif (Leadership) | Conforme | 3 sur 3 | 1 sur 1 |
| Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections | | | |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Processus de retraitement (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Taux d'infection (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques | | | |
| Prévention des chutes (Services de réadaptation) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM) Inc. a reçu un agrément avec mention en 2012. L'organisme visait toujours l'excellence en 2016. Il faut souligner que l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et services, dispensés à la population de son réseau régional de services, sont bien implantés et elles ont été maintenues.

L'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la dispensation des soins et services sont des critères incontournables. Le conseil d'administration, la direction, les employés et les médecins de l'établissement sont tous des collaborateurs dans la mise en œuvre des services offerts.

L'HRVM voit grand. Sa vision : «Être une référence incontournable en réadaptation pour notre approche humaine, notre caractère et notre performance».

Pour réussir, l'HRVM a deux ingrédients majeurs : une équipe cohérente et dédiée ainsi qu'un travail assidu. Du personnel mobilisé, disponible, résilient, soucieux de la qualité et de la sécurité, ce personnel forme la masse professionnelle. L'enseignement, la collaboration, la bonne humeur et l'ouverture d'esprit sont à l'honneur.

La réussite de l'HRVM se concrétise par un début d'intervention, avant l'arrivée du client, et un traitement intensif pendant son séjour, celui-ci est adapté à la condition du client. L'implication du client et de sa famille est aussi présente.

D'autre part, les succès de l'HRVM sont tributaires d'une soucieuse planification du départ et du suivi après le congé, non seulement auprès du client et de sa famille, mais aussi auprès des intervenants de première ligne.

Une autre clé de succès de l'HRVM est la communication, la cohésion, la continuité dans les services et les soins.

Le patient partenaire, prend de plus de place dans l'organisation, c'est leur raison d'être. Le succès du client se traduit par le succès de l'établissement. Les professionnels participent à ce succès, mais aussi tous les intervenants : ceux de l'entretien ménager qui maintiennent la propreté, le personnel de la cuisine qui se soucie de bien nourrir les clients, jusqu'au personnel à l'accueil, souriant à l'arrivée. Ce sont aussi les préposés à l'ascenseur qui se dépêchent pour que le client arrive à temps à son traitement et les préposés sur l'unité de soins qui s'empressent de répondre aux multiples demandes des clients. En somme, c'est toute une équipe qui se concertent et travaillent dans le même objectif d'excellence.

De nombreux partenariats ont été tissés par l'HRVM. Il y a une volonté commune d'agir sur les facteurs qui ont un impact positif sur la clientèle victime de problèmes neurologiques, d'amputation ou de brûlures

extensives. Les partenariats avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sont des exemples de réussite.

L'équipe de direction fait preuve d'un fort leadership dans la planification et la mise en œuvre des orientations et de la programmation de l'HRVM. Elle met en place des mesures structurantes, garantes de l'atteinte des résultats escomptés. Elle démontre un souci constant par rapport à la qualité des services et la sécurité de la clientèle.

La simplicité semble être la règle. La vision, la mission, les valeurs sont succinctes. Ce qui a pour avantage une appropriation facile par l'ensemble des membres de l'organisation.

La participation des médecins dans les équipes ferait l'envie de plusieurs partenaires du réseau de la santé. De nombreux bénévoles, bien identifiés, sont présents et contribuent à créer un milieu chaleureux.

Il y a une volonté de l'établissement de créer un environnement de travail où l'on se soucie des individus. Des communications transparentes et soutenues, dont la tenue de réunions de service avec les employés, contribuent actuellement au développement d'un climat de confiance à l'intérieur de l'organisation.

En ce qui a trait aux soins et services, les programmes et les pratiques professionnelles s'inspirent des données dans les écrits scientifiques. Il y a aussi un souci constant de s'améliorer et d'être à la fine page des données probantes. Le développement de l'approche interdisciplinaire, la participation du patient et de la famille, les programmes de prévention des chutes, la rééducation périnéale, l'approche de la douleur par hypersensibilisation neuropathique et celui de la réadaptation à la conduite automobile sont dignes de mention.

Les équipes ont le souci de développer des pratiques novatrices pour répondre aux besoins de la clientèle. Les travaux effectués en soins pharmaceutiques, avec la collaboration des soins infirmiers et les médecins, sont un pas-de-géant depuis la dernière visite.

Les soins et services sont offerts dans des installations bien entretenues. Certains locaux, notamment les chambres, et les corridors sont exigus. Pourtant cette problématique n'a pas que des effets négatifs. Elle a suscité la créativité du personnel et favorisé la bienveillance chez les clients et leurs familles.

Le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des travaux en cours démontrent la volonté de l'établissement à poursuivre l'amélioration continue des services et à accroître sa préoccupation pour la sécurité des personnes.

En conclusion, la clientèle, les familles et les aidants naturels se disent très satisfaits des services reçus. L'établissement est encouragé à poursuivre sur cette lancée.

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

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

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

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

Processus prioritaire : Gouvernance

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Gouvernance | |
| 2.3 Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| <p>Le conseil d'administration de l'établissement est désigné par les actionnaires propriétaires, le Groupe Sedna. Les trois (3) membres du CA sont en poste depuis 2006.</p> <p>Puisque le conseil d'administration représente les actionnaires du groupe Sedna, le conseil d'administration est en réflexion sur le meilleur modèle d'impliquer les patients au niveau de la gouvernance, au-delà des résultats des sondages de satisfaction.</p> <p>Le conseil d'administration a adopté la nouvelle révision du cadre conceptuel d'éthique clinique en juillet 2016. L'organisme est encouragé à poursuivre le plan d'action afin de mettre sur pied la structure d'éthique clinique.</p> <p>Le conseil d'administration accorde de l'importance à l'assurance de la qualité, la pertinence des services offerts, ainsi qu'à la sécurité des usagers.</p> <p>Le plan stratégique, les plans opérationnels, ainsi que le plan d'amélioration de la qualité, entre autres, sont élaborés avec des échéanciers précis ainsi que de nombreux indicateurs mesurables.</p> <p>L'établissement dispose de plusieurs outils et rapports afin de permettre au conseil d'administration de</p> | |

s'assurer du progrès vers les objectifs organisationnels ainsi que du respect des exigences des lois.

L'organisation entretient d'excellentes relations avec les parties prenantes et partenaires.

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)

Avec le nouveau cycle de planification stratégique 2016-2018, l'organisation a révisé ses énoncés de vision, mission et valeurs.

Une approche centrée sur les clients est une partie intégrale de la démarche vers une certification Planetree.

Les patients-ressources participent aux différentes instances de l'organisation, incluant les comités experts, le comité de direction et autres comités.

Il est évident que l'organisme a investi des efforts importants, depuis la dernière visite, à identifier des indicateurs mesurables pour évaluer l'avancement des plans stratégiques, des plans opérationnels et autres données. Des tableaux de bord des indicateurs personnalisés aux besoins de différents niveaux de l'organisation sont en train d'être développés.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Il y a une planification budgétaire triennale en arrimage avec les cycles de planification stratégique. Il y a aussi une planification annuelle qui en découle. Cette planification est réalisée de façon participative et transparente en impliquant l'ensemble des cadres afin de s'assurer l'adhésion et l'engagement des cadres intermédiaires.

Les équipes travaillent de façon très harmonieuse, permettant la réallocation des ressources lorsque nécessaire afin de respecter les engagements budgétaires organisationnels.

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)

La politique contre le harcèlement au travail a été révisée en 2016. L'organisation a offert des formations afin de former le personnel à différencier entre le conflit de personnalité et du harcèlement.

Lorsqu'un incident de harcèlement est signalé, l'organisme procède à une enquête par une personne externe indépendante. Dans le cadre d'une gestion intégrée des risques, l'organisme est encouragé à poursuivre, de façon proactive, à une évaluation des risques de harcèlement.

L'organisme a élaboré un nouveau PDRH (Plan de développement des ressources humaines). Ce plan permettra à l'organisme de s'assurer que l'investissement aux formations du personnel soit en concordance avec les objectifs organisationnels.

L'organisme est dans le processus d'implanter une dotation pour certains postes clés sur une base de compétences.

Malgré un taux de postes comblé au-delà de 90%, plusieurs stratégies sont en place afin de permettre l'organisation à atteindre son objectif de maintien des effectifs surtout dans l'anticipation de nombreux membres du personnel qui seront éligibles pour la retraite au cours des prochaines années.

Les évaluations du rendement sont présentes dans 100% des dossiers rendus disponibles aux visiteurs au moment de la visite.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Leadership | |
| 15.3 Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en oeuvre. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

L'amélioration continue de la qualité fait partie de la culture organisationnelle. L'organisme a réalisé plusieurs projets d'amélioration réalisés au cours de trois à quatre dernières années.

Des représentants des patients font partie du comité stratégique qualité innovation Planetree (CSQIP). Les représentants des patients participent également sur les comités experts ou les meilleures pratiques sont discutées et évaluées avant une recommandation pour implantation.

La pratique de gestion des risques cliniques, administrative, ainsi que les risques d'affaires est présente à L'HRVM. Les projets d'amélioration sont coordonnés par le CSQIP, l'organisme est encouragé de finaliser la politique sur la gestion intégrée des risques afin d'encadrer et formaliser ce processus.

Bien que les pratiques d'identification et de prévention du mauvais traitement sont en place, l'organisme est encouragé à formaliser une politique de prévention du mauvais traitement.

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.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Leadership | |
| 1.11 Un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est suivi. | |
| 1.12 L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Après deux années d'absence, le comité d'éthique sera réactivé et un appel d'intérêt pour les membres du comité sera lancé dans les prochains jours. L'organisation a aussi retenu les services-conseils d'une éthicienne externe pour les cas les plus complexes.

Une révision du cadre d'éthique clinique a été complétée, le nouveau cadre a été adopté par le conseil d'administration en juillet 2016. Après la formation du comité d'éthique, un plan d'action sera mis en application incluant des activités de formation et de sensibilisation.

L'organisation participe aux projets de recherche déjà approuvés par les comités d'éthiques de recherche externes. Un comité d'examen de la convenance institutionnelle est également en place pour l'évaluation additionnelle de chaque projet.

L'organisme est encouragé à poursuivre la mise sur pied du comité d'éthique clinique, et de la campagne de formation et de sensibilisation du personnel. Il est aussi suggéré que l'organisme commence à documenter les sujets faisant objet des consultations au comité d'éthique afin de pouvoir identifier les tendances.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Il existe des plans de communication pour répondre aux besoins de communication des différentes parties prenantes. La communication directe verbale, aux réunions d'équipe, est le moyen privilégié pour les communications avec les employés. D'autres outils incluent l'intranet, le courriel, le journal interne «Le Messenger» et autres moyens.

Une politique d'accès aux dossiers clients est en place et elle est connue par les intervenants ainsi que les clients.

L'organisme offre beaucoup d'opportunités pour accéder aux informations sur les données probantes et les meilleures pratiques, incluant l'accès aux communautés de pratique, aux lignes directrices publiées par les groupes experts, accès aux chercheurs et autres opportunités. Les groupes experts interdisciplinaires internes sont aussi en place pour analyser et mettre en application de nouvelles pratiques lorsque pertinentes.

L'organisme est encouragé à compléter l'implantation du projet d'optimisation de la communication clinique (POCC). Ce projet permettra une centralisation de l'information clinique, améliorer la qualité des données et la qualité des services tout en donnant un portrait global et plus accessible des patients, et ce, en utilisant les avantages de l'informatisation.

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)

Depuis la dernière visite d'agrément, des travaux ont eu lieu afin d'améliorer l'environnement physique.

Cependant, dans l'ensemble celui-ci n'est pas à la hauteur des besoins de la clientèle. Le personnel fait preuve d'ingéniosité, comme il le faisait en 2012, pour améliorer la qualité et la sécurité du patient dans cet environnement. Ces efforts sont réalisés par collaboration de tous les intervenants.

Un programme d'entretien préventif du bâtiment, plus formalisé, a été instauré afin d'améliorer l'entretien des installations.

Le respect de l'environnement passe par la récupération des produits pour des fins de recyclage. Les efforts dans ce domaine sont à poursuivre.

À la cuisine, le plancher est propre sur toute sa surface. Les entrepôts du service alimentaire ainsi qu'un congélateur sont au sous-sol. Cette situation n'est pas optimale, mais le personnel fait de son mieux. La salle à manger est spacieuse et ensoleillée.

Des groupes de discussions pour les nouveaux menus, faits avec des patients, confirment l'importance que l'équipe accorde à la qualité et au bien-être de la clientèle.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

L'organisation a complété une révision du plan des mesures d'urgence, et l'a adopté en juillet 2016. Depuis février 2016, l'organisation a réalisé quatre exercices d'évacuation et fait des rétroactions aux employés dans un objectif d'amélioration continue.

L'organisation a offert de la formation sur le plan des mesures d'urgence aux employés, et compte réaliser quatre à huit exercices l'an prochain. L'organisme est encouragé à procéder également à une formation du comité de coordination avec certains exercices de table.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Non seulement le personnel d'encadrement, mais aussi tout le personnel impliqué dans le cheminement des clients participe de façon harmonieuse et en collaboration.

La terminologie suivante peut être utilisée pour qualifier le travail et les efforts accomplis pour faciliter un cheminement optimal: le travail d'équipe, la disponibilité, la mobilisation, le système évolutif, l'engagement, la collaboration et l'ouverture d'esprit.

Processus prioritaire : Équipement et dispositifs 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)

Les instruments médicaux utilisés sont tous jetables. Par conséquent, il n'y a pas de trempage, ni de stérilisation.

Les équipements et appareils sont nettoyés de façon systématique par du personnel désigné. Un suivi est effectué.

Des contrats de service sont en place avec l'Hôpital Sacré-Coeur pour le génie biomédical et avec Atlas Médic pour les équipements en réadaptation.

Le programme d'entretien préventif a bien été instauré, en place et fonctionnel à l'HRVM.

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 :

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | |
| <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p> | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Plusieurs moyens sont utilisés pour exercer une surveillance des éclosions soit la déclaration, le suivi, l'avis, les déclarations à la Santé publique et les guides d'interventions interdisciplinaires. Les rôles de chacun sont bien précisés.

Des communiqués sur la prévention des infections sont disponibles. Les familles et les bénévoles sont impliqués dans le processus de lavage des mains. L'information écrite sous forme de dépliant est donnée aux familles, aux clients ainsi qu'au personnel. La documentation est disponible.

Les distributeurs de gel antiseptique et les affiches sont retrouvés dans l'organisme selon les recommandations émises par le comité des infections nosocomiales du Québec.

La conseillère consulte, au besoin, les experts et avise les autorités pertinentes et la Santé publique.

Le personnel des services alimentaires respecte les directives ainsi que le personnel manipulant la lingerie, les fournitures, les matières dangereuses et le matériel. Concernant l'alimentation, des mécanismes permettant de minimiser la contamination ont été mis en place. Une attention particulière est portée à la température des aliments.

Tout le personnel, les patients, les bénévoles sont parties prenantes de la prévention des infections. L'équipe est à l'affût des nouvelles en prévention des infections, par exemple, des nouveaux produits pour la désinfection. L'équipe favorise la collaboration, la simplification des procédures, la formation. L'équipe prévoit poursuivre les efforts en se dotant de liste de vérification, de consignation dans des registres et de tableaux facilement accessible et facile à suivre.

Considérant le lavage des mains, il est suggéré de se servir des données antérieures, par exemple, le taux de conformité avant un contact avec le patient/environnement, pour fixer des objectifs portant sur les taux à attendre.

Dans le même sens, il est aussi suggéré de prendre connaissance des interventions antérieures et de répéter ces interventions ou non selon le succès ou l'insuccès de celles-ci. L'important est de savoir d'où l'on vient, où l'on est et où on va.

Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments | |
| 1.8 L'organisme élabore une politique pour gérer les pénuries de médicaments. | |
| 2.9 L'organisme élabore et met en oeuvre une politique pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers ou les résidents, et les familles. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments | |

Depuis la fin de 2011, des efforts importants ont été faits avec la mise en place de Gesphar, de RxVigilance; du bilan comparatif du médicament en 2013 et de l'ensacheuse avec le sachet multidoses; et plus récemment, de Gesphar lite et le projet pilote du formulaire d'administration des médicaments (FADM) 24 heures en juillet 2016.

La préparation, la distribution et l'administration sont réévaluées afin de maximiser la qualité et la sécurité.

Concernant les échantillons, il n'y a pas de politique, car il n'y a pas d'échantillon. Cependant, les éléments concernant les échantillons sont mentionnés dans la procédure de gestion des médicaments.

Il existe un programme structuré d'automédication avec plusieurs contrôles et évaluation. L'équipe est à considérer l'utilisation du Dispill comparativement à l'utilisation actuelle du Dosett.

Des contrats sont en place avec une pharmacie communautaire, s'il y avait un manque de médicament, avec une autre pharmacie pour les préparations magistrales et avec Stéricycle.

Dans les pistes d'amélioration, il y a certainement de la place pour augmenter la participation à la pharmacie clinique.

Il n'y a pas de politique pour gérer les pénuries de médicaments. Cependant, étant donné le type de soins, les situations sont rarissimes. Une entente avec une pharmacie privée permet de remédier à la situation en cas de nécessité. De plus, Villa Médica fait partie de l'achat regroupé en pharmacie, ce qui minimise les possibilités de pénuries.

Il n'y a pas de politique pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers ou les résidents, et les familles. Cependant, la pertinence d'une telle politique semble discutable, parce que les patients arrivent d'un autre établissement et non du domicile. De plus, la liste des médicaments de la pharmacie d'officine est toujours demandée à l'admission du patient.

Ensemble de normes : Services de réadaptation - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Leadership clinique | |

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

| |
|--|
| Processus prioritaire : Compétences |
|--|

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 |
|---|

11.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.



| |
|---|
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats |
|---|

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

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

| |
|--|
| Processus prioritaire : Leadership clinique |
|--|

Les patients, les familles et les personnes significatives sont de plus en plus impliqués, non seulement dans l'épisode de soins, mais aussi dans la planification de l'épisode de soins.

La direction reconnaît, dans ses défis, la poursuite des efforts pour favoriser la participation des usagers, des familles, des partenaires et de la communauté.

L'établissement est encouragé à promouvoir une participation accrue des parties prenantes notamment au niveau de la conception des services, de l'établissement des buts et objectifs, de la surveillance et de la révision des services ainsi que de l'information sur ceux-ci.

| |
|--|
| Processus prioritaire : Compétences |
|--|

Il n'y a peu ou pas eu de formation, pour le personnel, spécifique en soins palliatifs et en soins de fin de vie, compte tenu du type de clientèle.

Cependant, avec une clientèle de plus en plus nombreuse qui présente des problématiques gériatriques, des formations sont à venir pour mieux répondre à ces besoins. Par surcroît, l'équipe bénéficiera de

l'intervention d'un gériatre. L'établissement est encouragé à poursuivre cette initiative afin de s'adapter à cette nouvelle clientèle.

L'évaluation du rendement est réalisée annuellement pour tous les directeurs et les cadres. Le processus d'évaluation du personnel est en cours et des cibles annuelles ont été fixées.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Processus prioritaire : Aide à la décision

Concernant le niveau d'intervention médicale, même s'il est inscrit que «Si non complété, le niveau d'intervention attribué est le niveau 1», l'établissement est encouragé à évaluer la pertinence que ce précieux document soit complété dans le dossier du patient le plus diligemment possible.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme utilise des projets pilotes pour améliorer la qualité. Lorsque ceux-ci se montrent efficaces, ils sont mis en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme. Parmi toutes ces initiatives, il y a la participation du patient à l'équipe multidisciplinaire, le rapport interquart, la livraison dans les chambres des plateaux d'alimentation par le personnel de la cuisine, le programme sprint, le patient membre du comité expert et, bien sûr, le bilan comparatif des médicaments.

Les intervenants sont sensibilisés à l'importance de la sécurité de la clientèle. Ils ont à l'aise pour déclarer les accidents et les incidents dans l'exercice de leurs fonctions. La divulgation est en place.

Résultats des outils d'évaluation

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

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 1 octobre 2015 au 30 octobre 2015**
- **Nombre de réponses : 1**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer. | 0 | 0 | 100 | 93 |
| 2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme. | 0 | 0 | 100 | 94 |
| 3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis. | 0 | 0 | 100 | 95 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 4 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. (6.3) | 0 | 0 | 100 | 97 |
| 5 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. | 0 | 0 | 100 | 90 |
| 6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant. | 0 | 0 | 100 | 97 |
| 7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun. | 0 | 0 | 100 | 98 |
| 8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant). | 0 | 0 | 100 | 91 |
| 9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies. | 0 | 0 | 100 | 95 |
| 10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions. | 0 | 0 | 100 | 95 |
| 11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique. | 0 | 0 | 100 | 92 |
| 12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership. | 0 | 0 | 100 | 95 |
| 13 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. | 0 | 0 | 100 | 95 |
| 14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel. | 0 | 0 | 100 | 92 |
| 15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités. | 0 | 0 | 0 | 95 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme. | 0 | 100 | 0 | 93 |
| 17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts. | 0 | 0 | 100 | 93 |
| 18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement. | 0 | 0 | 100 | 80 |
| 19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales. | 0 | 0 | 0 | 67 |
| 20 Les contributions des membres sont revues régulièrement. | 0 | 0 | 100 | 74 |
| 21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance. | 0 | 0 | 100 | 82 |
| 22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème. | 0 | 0 | 0 | 65 |
| 23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité. | 0 | 0 | 100 | 83 |
| 24 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. | 0 | 0 | 0 | 77 |
| 25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration. | 0 | 0 | 100 | 66 |
| 26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace. | 0 | 0 | 100 | 96 |
| 27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients. | 0 | 0 | 100 | 88 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme. | 0 | 0 | 100 | 96 |
| 29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins. | 0 | 0 | 100 | 80 |
| 30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme. | 0 | 0 | 100 | 87 |
| 31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience. | 0 | 0 | 0 | 92 |
| 32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres. | 0 | 0 | 100 | 86 |
| 33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration. | 0 | 0 | 0 | 93 |
| 34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté. | 0 | 0 | 0 | 90 |
| 35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution. | 0 | 0 | 100 | 90 |
| 36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités. | 0 | 0 | 100 | 93 |
| 37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président. | 0 | 0 | 0 | 93 |

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

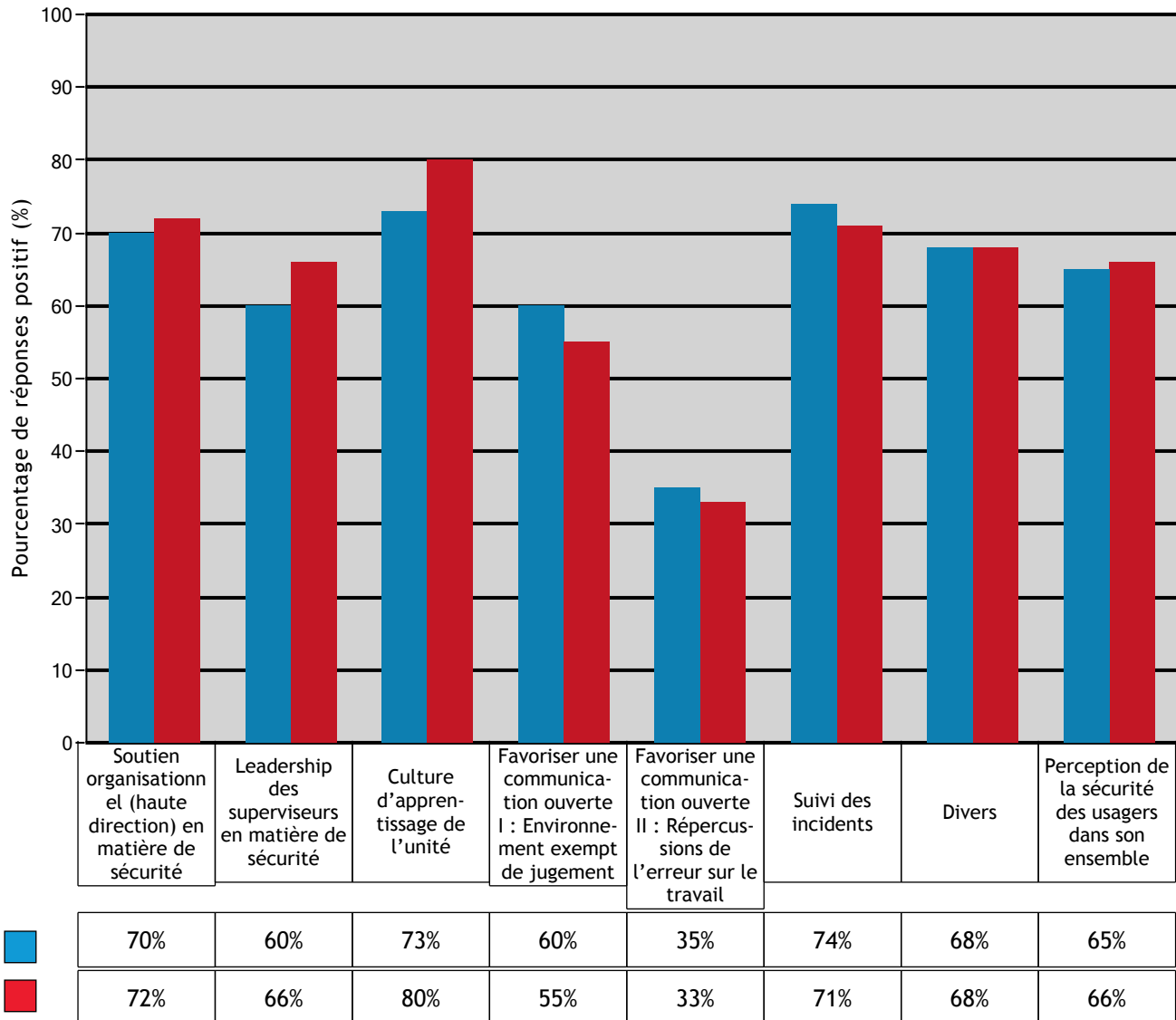
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 15 octobre 2015 au 11 novembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 122**
- **Nombre de réponses : 128**

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

- Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc.
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

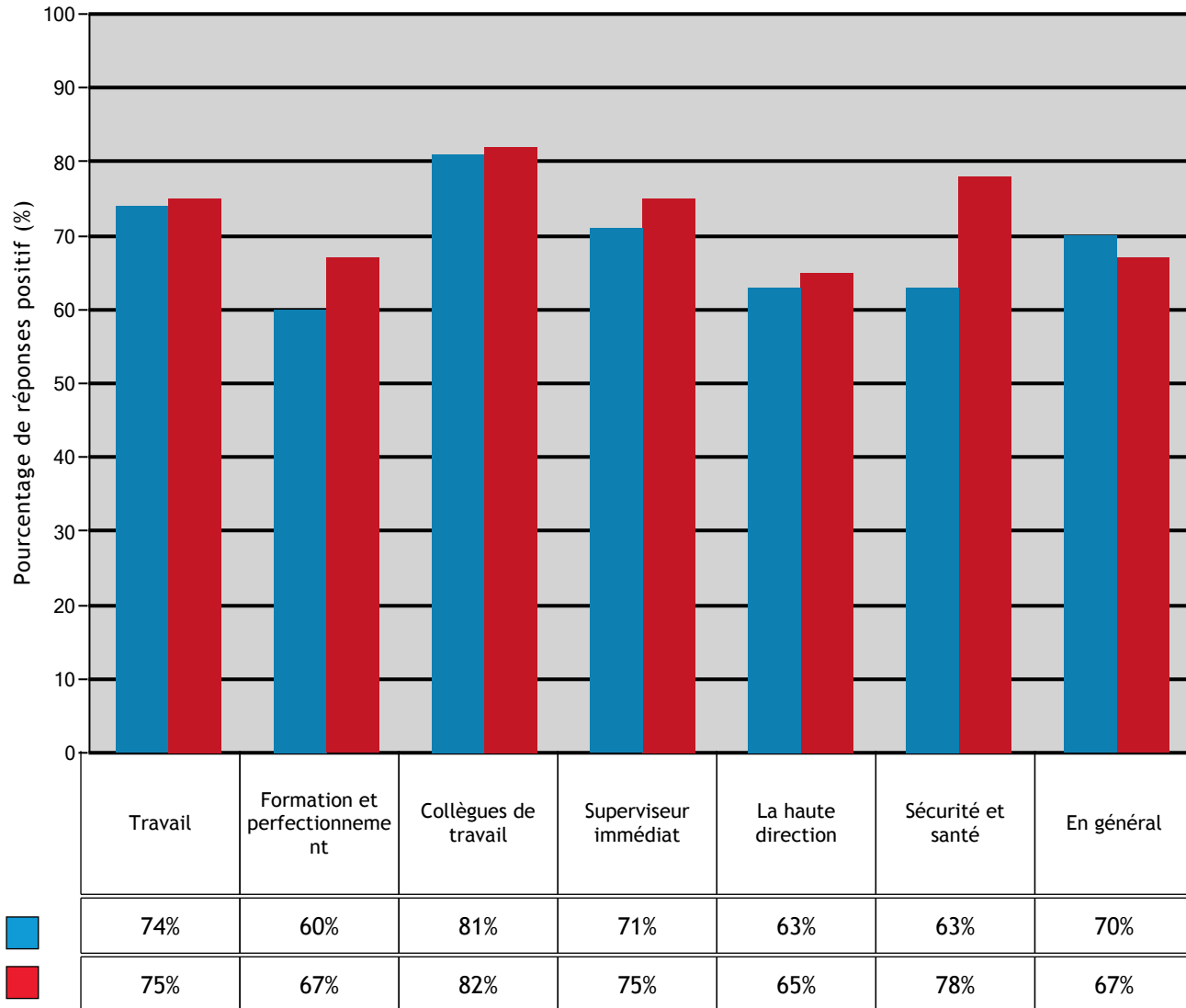
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 1 février 2016 au 14 février 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 165**
- **Nombre de réponses : 172**

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

■ Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc.

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Commentaires au sujet des constatations qui figurent dans le rapport:

Nous trouvons que les constatations qui figurent dans le rapport de la visite d'agrément d'octobre 2016 étaient très pertinentes et représentatives du niveau de conformité avec les normes de Qmentum. Le langage est clair et compréhensible. Les suggestions pour améliorer sont aidantes et nous pistent sur des solutions intéressantes.

Commentaires généraux sur la visite:

Nous avons senti dès le début que les visiteurs cherchaient à évaluer le respect des normes, des POR et des processus prioritaires;

Nous avons ressenti que la visite portait sur l'amélioration continue des actions en qualité et sécurité;

Les visiteurs ont fait preuve d'une grande écoute, d'un respect des personnes ou des situations. Ils ont favorisé des échanges riches, courtois et intéressants;

Lorsqu'ils observaient des défis, ils posaient d'autres questions pour approfondir leurs compréhensions. Ils ont pris le temps de bien comprendre les diverses situations avant de poser un jugement;

- Après les discussions, ils prenaient toujours le temps de demander au personnel s'il voulait partager d'autres éléments. Cette attitude démontrait une grande ouverture;
- Leur rapport démontre la richesse de leur écoute tout au long de la visite.
- Répondre à leurs questions fut une belle occasion d'apprentissage pour nous et nos équipes;
- Les suggestions d'améliorations venant de leurs expériences antérieures étaient très pertinentes pour améliorer nos activités cliniques;
- Lors de la présentation du rapport de visite, le choix de rapporter des paroles des usagers entre guillemets a beaucoup été apprécié par les équipes;
- Par contre, nous avons trouvé les modifications à l'horaire exigeantes lorsqu'elles impliquaient des usagers ;
- Aussi, l'ajout d'un représentant des usagers à l'équipe des visiteurs nous apparaissait congruent avec les objectifs poursuivis et servirait de modèle de rôle.

Les améliorations prévues dans les courts et moyens termes sont :

- Un usager présent sur le CA (à discuter);
- Une politique de contingence médicament (à discuter);
- L'implantation du nouveau comité éthique clinique cet automne;
- La formalisation du politique au sujet de la gestion intégrée des risques;

- La mise en place d'une politique pour prévenir la maltraitance des usagers;
- L'amélioration de l'utilisation du formulaire pour les niveaux de soins.

Les directions concernées par ces suggestions sont informées et feront un suivi dans les semaines qui suivent.

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

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

| Processus prioritaire | Description |
|-------------------------------------|---|
| Gestion des maladies chroniques | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation. |

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

| Processus prioritaire | Description |
|---|---|
| Aide à la décision | Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace. |
| Analyses de biologie délocalisées | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé. |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion. |
| Compétences | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces. |
| Don d'organes (donneur vivant) | Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do |
| Dons d'organes et de tissus | Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement. |
| Épisode de soins | Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins. |

| Processus prioritaire | Description |
|--|--|
| Épisode de soins primaires | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services. |
| Gestion des médicaments | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie. |
| Impact sur les résultats | Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services. |
| Interventions chirurgicales | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé. |
| Leadership clinique | Diriger et guider les équipes qui offrent les services. |
| Prévention des infections | Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles. |
| Santé publique | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| Services de diagnostic – Imagerie | Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé. |
| Services de diagnostic – Laboratoire | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé. |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés. |