



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

# **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum Global<sub>MC</sub>

**Hôpital de réadaptation Villa Medica  
Inc.**

Version du rapport: 06/01/2025

# Table des matières

<b>À propos d’Agrément Canada</b> .....	3
<b>À propos du rapport d’agrément</b> .....	3
<b>Confidentialité</b> .....	3
<b>Sommaire</b> .....	5
À propos de l’organisation .....	5
Sommaire des observations de l’équipe de visiteurs .....	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence .....	7
Soins centrés sur les personnes .....	7
Aperçu de l’amélioration de la qualité .....	8
<b>Aperçu du programme</b> .....	9
<b>Statut d’agrément</b> .....	10
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément .....	10
<b>Pratiques organisationnelles requises (POR)</b> .....	11
<b>Résultats de l’évaluation divisés par normes</b> .....	14
<b>Principales normes</b> .....	14
Excellence des services .....	14
Gestion des médicaments .....	16
Gouvernance .....	18
Leadership .....	19
Prévention et contrôle des infections .....	21

# Table des matières

<b>Normes d'évaluation portant sur des services spécifiques</b> .....	22
Réadaptation .....	22

## À propos d’Agrément Canada

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

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

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

## À propos du rapport d’agrément

L’organisation mentionnée dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Global<sup>MC</sup> d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce processus continu d’amélioration de la qualité, l’organisation a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumise à des évaluations, dont une visite d’agrément du 09/12/2024 au 11/12/2024.

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

## Confidentialité

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

©Agrément Canada et ses concédants de licence, 2025. Tous droits réservés. Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation, et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

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

# Sommaire

## À propos de l'organisation

L'hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. (HRVM) est une filiale du Groupe Santé Sedna, une corporation privée conventionnée en partenariat avec le réseau public québécois. L'HRVM a célébré ses 60 ans d'existence dans la dernière année. Elle offre des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à 4 profils de clientèle adultes : neurologie, grand-brûlé, amputé du membre inférieur et santé physique. De plus, elle fait partie du centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'ouest du Québec dans un consortium avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) et l'organisme Entraide Grands Brûlés. En plus de la maison mère située au centre-ville de Montréal, 2 points de service ambulatoire permettent un accès de proximité pour la clientèle. On y retrouve 142 lits pour une clientèle adulte de plus de 18 ans. En plus de la visite régulière d'Agrément Canada, l'HRVM répond aux exigences du « programme Distinction AVC » depuis plus de 10 ans. Pendant la pandémie, elle a été désignée comme un milieu de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle atteinte de la COVID-19.

L'établissement a une équipe spécialisée en réadaptation et la présence de nombreux bénévoles permet un soutien aux usagers et à leur famille. Il est fier d'avoir obtenu une certification « or Planetree » en 2022 dont l'essence première est la priorité aux usagers et aux intervenants. Les exigences du programme Planetree sont derrière la plupart des décisions en lien avec l'utilisateur.

## Commentaires de l'organisme

L'hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. est privé conventionné et offre des soins et services de réadaptation depuis plus de 60 ans. Il dessert plusieurs territoires, dont l'île de Montréal, les régions de la Montérégie, des Laurentides, de Lanaudière et de l'ouest du Québec. Il adapte son offre de soins et services selon les besoins des populations et de ses partenaires.

## Sommaire des observations de l'équipe de visiteurs

L'équipe de visiteurs a pu constater l'engagement des intervenants envers la clientèle des différents programmes que l'organisme dessert. Le personnel est dévoué et bienveillant, ce qui a été confirmé par les commentaires des usagers rencontrés. L'équipe de direction est très bien structurée, dynamique et très agile. La philosophie de gestion combinée à celle de Planetree est orientée vers des soins humains de qualité et de sécurité de la clientèle. Une planification stratégique a été révisée pour 2024-2026 et diffusée au sein de l'établissement et aux différents partenaires. Les différentes valeurs sont bien connues des intervenants sous l'acronyme QBIC (qualité, bienveillance, intégrité, coopération). La présence de client collaborateur est un excellent moyen d'obtenir la voix de l'utilisateur dans différents dossiers pour une prise de décision organisationnelle efficace.

L'établissement a établi des liens privilégiés avec différents partenaires externes pour assurer une fluidité du cheminement des usagers. Des ententes de partenariat avec des établissements montréalais, de la Montérégie, des Laurentides et de Lanaudière sont actuelles. L'équipe connaît ses forces et ses opportunités d'amélioration.

Les installations physiques méritent une attention rapide de la part des instances décisionnelles afin de faciliter la prise en charge optimale de la clientèle. Les locaux physiques ne répondent pas aux standards de qualité de 2024. Il est observé des chambres à quatre ou même 8 lits qui limitent l'intimité, la confidentialité et le respect des pratiques en prévention et contrôle des infections. Les corridors sont étroits et l'accès aux toilettes est un défi pour les usagers en fauteuil roulant. L'équipe est très sensible à cette situation des enjeux physiques. À cet effet, des travaux de rénovation de l'établissement afin de s'assurer d'une mise à niveau pour respecter les normes du bâtiment ont été effectués ou planifiés. Notons la rénovation des balcons extérieurs, les travaux pour le stationnement ou la réfection des planchers. Ces travaux majeurs dans l'établissement suivent un plan établi par l'équipe afin de limiter le plus possible les impacts sur les usagers et le personnel. Un plan de relocalisation de l'établissement est élaboré depuis plusieurs années mais il tarde à se réaliser. Une charte de projet est énoncée pour revoir les plans et devis pour s'assurer que la sécurité des usagers est au cœur des décisions. Nous encourageons l'équipe à poursuivre leurs démarches pour avoir un établissement qui répond aux normes de 2024 et pour le futur et ce, pour la sécurité et le confort de la clientèle.

Une grande collaboration et une collégialité entre les différentes professions sont observées. Tout le personnel travaille pour répondre aux intérêts et aux besoins de l'utilisateur. Certains projets environnementaux sont débutés et l'équipe mise sur les actions individuelles et collectives pour faire rayonner cet enjeu dans l'organisation. Différents mécanismes facilitent le cheminement de l'utilisateur à travers son parcours de soins. Les différentes pratiques organisationnelles requises (POR) évaluées sont conformes. Nous tenons à féliciter les équipes de la direction de la qualité pour la rigueur et le professionnalisme en préparation de la visite d'agrément. Les politiques et les procédures sont existantes et ont fait l'objet de révision dans les dernières années. Le personnel rencontré était au courant de la démarche d'agrément dans l'établissement. Nous encourageons les équipes à poursuivre son engagement envers l'amélioration continue de la qualité et surtout leurs orientations via Planetree pour que les soins et services répondent aux besoins de la clientèle.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

### **Domaines d'excellence**

- Soins centrés sur l'utilisateur
- Continuum et services fluides intra et interrégionaux
- Philosophie Planetree, certification « Or »
- Implication générale en vue de la visite d'agrément
- Esprit de collaboration, d'équipe, d'accompagnement
- Documentation révisée et complète (politiques et procédures)
- Dossier clinique informatisé Gustav
- Circulation efficace et rapide de l'information

### **Opportunités d'amélioration**

- Poursuivre les activités d'amélioration continue de la qualité
- Poursuivre les efforts pour la relocalisation des espaces physiques

## **Soins centrés sur les personnes**

L'équipe a mis en place une structure basée sur une relation de confiance et de collaboration avec les usagers et leur famille. Dès leur arrivée dans l'organisation, le patient est entouré par une équipe de professionnels dont l'objectif premier est la réadaptation intensive. La priorité des intervenants envers les usagers est présentée comme étant l'élément essentiel du travail quotidien. La philosophie Planetree est un vecteur pour s'assurer que les prises de décision sont orientées selon les besoins de l'utilisateur.

L'équipe accorde beaucoup d'importance à obtenir la voix des usagers et leur famille. Les sondages effectués auprès de la clientèle stipulent un haut taux de satisfaction pour la qualité des soins et les relations bienveillantes du personnel. Les sondages sont révisés en collaboration avec les comités des usagers et des clients bénévoles pour améliorer les soins et services. La présence de clients-collaborateurs sur plusieurs comités dont le comité de direction démontre l'importance d'avoir l'opinion des usagers dans toutes les sphères de l'organisation. Ces clients-collaborateurs participent également aux activités d'amélioration continue de la qualité. Ils sont également impliqués dans les travaux du projet de relocalisation de l'établissement. L'équipe tient compte de la gestion des plaintes pour en faire des outils d'amélioration afin d'optimiser la qualité des soins et éviter les obstacles pour des soins de qualité. Une procédure est en place en collaboration avec le CIUSSS Centre-Sud qui est responsable de la gestion des plaintes telle que dictée par la loi.

Une politique a été élaborée pour favoriser la présence des proches et des heures de visite dans l'organisation, et ce, dans une optique de soins centrés sur les personnes. Il faut souligner la présence de l'utilisateur et de ses proches lors de la rencontre en vue de l'élaboration de son plan d'intervention interdisciplinaire individualisé. La politique contre la maltraitance a été approuvée et diffusée au personnel de l'organisation. L'équipe est à l'affût des situations douteuses et répond promptement aux signalements pour en faire une analyse approfondie.

## **Aperçu de l'amélioration de la qualité**

Un programme d'amélioration de la qualité est développé par les équipes de soins et services. Une évaluation du plan d'amélioration de la qualité est faite annuellement en tenant compte des priorités organisationnelles. De plus, des plans opérationnels sont édictés pour favoriser les suivis des différentes problématiques de chaque direction. Des indicateurs sont associés aux différents dossiers pour favoriser un meilleur suivi. L'équipe met en place des activités pour favoriser une culture de qualité dans tout l'établissement. L'équipe encourage les initiatives pour l'intégration de la qualité et de la sécurité dans l'organisation, dont les cercles qualité. Les intervenants ont à cœur la qualité, qui est une valeur organisationnelle, dans leur pratique quotidienne. Leurs interventions sont basées sur les données probantes et les bonnes pratiques professionnelles. Un plan d'amélioration de la qualité est en vigueur dans l'établissement, mais il n'y a pas de plan intégré d'amélioration continue de la qualité. Nous encourageons l'équipe à en développer un.

Le comité de gestion des risques travaille en étroite collaboration avec le comité de sécurité des usagers pour évaluer les problématiques internes et externes et surtout d'y remédier. Les différentes pratiques organisationnelles en lien avec la qualité sont toutes conformes. L'ensemble des politiques et des procédures de ces pratiques organisationnelles requises sont écrites et disponibles pour le personnel. Il faut souligner l'implication des clients-collaborateurs et du comité des usagers dans les différents comités en lien avec la qualité.

Différents audits sont faits dans différentes sphères d'activités. L'hygiène des mains, les chutes, la tenue de dossiers sont des exemples d'audits faits dans l'établissement. L'équipe mentionne avoir une grande collaboration avec les intervenants. Un suivi des audits est fait et des plans d'amélioration sont appliqués selon l'évolution du dossier. De plus, le comité des usagers et une firme externe Médailon s'assurent de valider les sondages de satisfaction et d'en faciliter la complétion par les usagers, ce qui augmente le taux de réponse. Une culture de déclaration est observée dans l'organisation. Le processus de divulgation est bien établi et c'est le meilleur intervenant qui la fait pour favoriser une bonne compréhension de la situation déclarée. Les différents rapports trimestriels sont déposés au comité de direction.

## Aperçu du programme

Le Programme Qmentum Global<sup>MC</sup> s'inspire d'un processus intensif de conception conjointe à l'échelle du pays, impliquant plus de 700 prestataires de soins de santé et de services sociaux, des usagers et des proches, des décideurs, des visiteurs, des experts cliniques, des experts en la matière et des représentants de l'Organisation de normes en santé et d'Agrément Canada. Le programme s'appuie sur notre philosophie La santé par les personnes qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité.

Les principales caractéristiques de ce programme comprennent des normes d'évaluation nouvelles et révisées fondées sur des données probantes et axées sur les résultats. Ces normes constituent la base du parcours d'amélioration de la qualité de l'organisation; de nouvelles méthodes d'évaluation et une nouvelle plateforme numérique OnboardQi pour soutenir les activités d'évaluation de l'organisation.

L'organisation mettra en œuvre le nouveau Programme Qmentum Global<sup>MC</sup> qui continuera de se faire sur un cycle de quatre ans. Comme moteur de l'amélioration continue de la qualité, la fonction de planification des mesures a été introduite pour soutenir l'identification et la mise en œuvre des domaines à améliorer, des étapes 2 à 6 du cycle.

Afin de promouvoir l'harmonisation avec nos normes, les résultats des évaluations ont été organisés dans ce rapport selon les normes d'évaluation de base et celles portant sur des services spécifiques. Le contenu additionnel du rapport comprend un résumé complet, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les installations évaluées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des processus prioritaires.

## Statut d'agrément

Le statut d'agrément accordé à Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. est le suivant:

*Agréé avec mention d'honneur*



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

### Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 2 installations différentes.

Le tableau suivant présente un résumé des installations<sup>1</sup> évaluées lors de la visite sur place de l'organisation.

**Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place**

Installation	Sur place
Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc.	
Point de service Berri	

<sup>1</sup>L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

## Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les pratiques organisationnelles requises (POR) contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité. Les directives du Comité d'approbation du statut d'agrément (CASA) imposent l'atteinte de 75% et plus des critères associés aux tests de conformité des POR.

**Tableau 2 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

Nom de la POR	Norme(s)	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	Prévention et contrôle des infections	1 / 1	100.0%
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	Prévention et contrôle des infections	3 / 3	100.0%
Taux d'infection	Prévention et contrôle des infections	3 / 3	100.0%
Retraitement	Prévention et contrôle des infections	2 / 2	100.0%
Prévention de la violence en milieu de travail	Leadership	8 / 8	100.0%
Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	Leadership	1 / 1	100.0%
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	Leadership	5 / 5	100.0%
Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	Leadership	6 / 6	100.0%
Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	Leadership	7 / 7	100.0%
Cheminement des usagers	Leadership	5 / 5	100.0%

**Tableau 2 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

<b>Nom de la POR</b>	<b>Norme(s)</b>	<b>Nombre de critères conformes du test de conformité</b>	<b>Pourcentage de critères conformes du test de conformité</b>
Programme d'entretien préventif	Leadership	4 / 4	100.0%
Gérance des antimicrobiens	Gestion des médicaments	5 / 5	100.0%
Médicaments de niveau d'alerte élevé	Gestion des médicaments	8 / 8	100.0%
Sécurité liée à l'héparine	Gestion des médicaments	4 / 4	100.0%
Sécurité liée aux narcotiques	Gestion des médicaments	3 / 3	100.0%
Électrolytes concentrés	Gestion des médicaments	3 / 3	100.0%
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	Gestion des médicaments	7 / 7	100.0%
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins - Soins de courte durée (personne hospitalisé)	Réadaptation	4 / 4	100.0%
Prévention des chutes et réduction des blessures - Milieu hospitalier	Réadaptation	3 / 3	100.0%
Prévention des plaies de pression	Réadaptation	5 / 5	100.0%
Identification des usagers	Réadaptation	1 / 1	100.0%

**Tableau 2 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

<b>Nom de la POR</b>	<b>Norme(s)</b>	<b>Nombre de critères conformes du test de conformité</b>	<b>Pourcentage de critères conformes du test de conformité</b>
Transfert de l'information aux points de transition des soins	Réadaptation	5 / 5	100.0%
Sécurité liée aux pompes à perfusion	Excellence des services	5 / 5	100.0%
Responsabilité liée à la qualité des soins	Gouvernance	5 / 5	100.0%

# Résultats de l'évaluation divisés par normes

## Principales normes

Le Programme Qmentum Global<sup>MC</sup> comporte un ensemble de normes d'évaluation de base qui sont fondamentales pour le programme et qui sont requises pour toute organisation cherchant à obtenir l'agrément. Les normes d'évaluation de base sont essentielles compte tenu des fonctions fondamentales qu'elles couvrent dans la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Les normes de base font toujours partie de l'évaluation, sauf dans des circonstances particulières où elles sont sans objet.

## Excellence des services

### Évaluation des normes : 97,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,6% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

### Résultats de l'évaluation :

L'équipe mise sur une approche collaborative des services avec ses partenaires internes et externes. Différents moyens sont mis en place pour obtenir un portrait de la clientèle afin de favoriser un continuum de soins optimal. L'équipe peut compter des partenaires de première instance pour la mise en place de trajectoires de soins efficaces. L'équipe utilise les données probantes pour optimiser une offre de soins axée sur les besoins de la clientèle. L'utilisation des tableaux de bord et des audits permet de suivre les différents indicateurs de performance et de faire les ajustements le cas échéant. Les indicateurs sont discutés dans les salles de pilotage par les différentes équipes de gestion et clinique.

L'équipe a effectué du « benchmarking » pour une évaluation efficace des ressources humaines auprès des autres milieux de réadaptation. Une standardisation des services est rendue possible par des politiques et procédures organisationnelles.

L'évaluation au rendement n'est pas systématique selon la politique organisationnelle. Il est suggéré d'assurer que l'évaluation au rendement se fasse selon la politique. Il en est de même pour l'engagement à la confidentialité à l'embauche. Cette information n'est pas toujours présente au dossier de l'employé. Il est proposé d'établir un calendrier pour la révision des engagements à la confidentialité pour le personnel plus ancien.

Le dossier clinique des usagers est informatisé dans l'application Gustav et les informations sont consignées en temps réel. L'implantation du dossier informatisé a fait l'objet d'une planification serrée pour favoriser la compliance des intervenants dans la mise en place de ce projet. Les intervenants ont pu bénéficier d'une stratégie de gestion de changement et de la formation adaptée aux besoins de chaque intervenant. Nous encourageons l'équipe à poursuivre le soutien aux équipes cliniques. Un plan de contingence et de redondance des données informatiques est disponible en cas de panne informatique. Nous vous encourageons à réfléchir à la numérisation des dossiers actifs afin d'avoir un seul outil de travail.

Il faut noter la participation des usagers au processus de plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec l'intervenant accompagnateur pour la rencontre d'équipe. Afin d'harmoniser les informations cliniques en vue de l'informatisation du dossier clinique, une révision des formulaires a été faite. L'équipe fait des audits de dossiers pour s'assurer de l'utilisation efficace des informations cliniques. Une politique sur la protection des renseignements personnels est présente. Une culture de

déclaration des incidents et accidents est présente dans l'organisation. Tous les événements font l'objet d'une analyse serrée et un suivi est fait par les gestionnaires. Les déclarations sont faites de façon électronique qui favorise un suivi rapide. Un règlement sur la divulgation à l'utilisateur est utilisé lors d'incidents ou accidents. Des rapports trimestriels sont présentés au comité de direction. La gestion des informations et de confidentialité fait également l'objet d'une politique.

Le processus d'embauche est très bien structuré. Il faut noter que certaines entrevues se font en présence d'un client-collaborateur. Une pochette d'accueil est remise, un programme d'intégration et d'orientation spécifique est fait en fonction de la discipline. Les intervenants ont accès à de la formation obligatoire et continue. Les intervenants rencontrés souhaitent avoir une formation sur les enjeux de santé mentale chez les usagers. Il est proposé de structurer une formation pour outiller les intervenants pour une meilleure prise en charge de cette clientèle malgré le fait qu'il existe une politique sur la violence en milieu de travail. Le personnel travaille en étroite collaboration et un esprit d'équipe et de collégialité est remarqué. L'équipe souhaite instaurer un plan intégré de développement des ressources humaines. Nous les encourageons à poursuivre leurs réflexions. Plusieurs activités de reconnaissance sont nommées par les intervenants. Ces activités sont fort appréciées. Il est de même pour les politiques de bien-être pour les intervenants. Le personnel est flexible en coopérant pour apporter du support aux équipes plus vulnérables sur le point des ressources humaines. Le personnel souligne l'accompagnement fait à l'accueil et au quotidien. La gestion de proximité est essentielle pour supporter les équipes de soins et services. La campagne « Ici, nous cultivons le respect » afin de maintenir une culture de courtoisie et de civilité dans la continuité de la charte de vie (code de conduite) est digne de mention.

Le suivi budgétaire est rigoureux et suivi par les différents acteurs. Les gestionnaires sont imputables de leur budget. Le budget annuel est entériné par le comité de direction et doit faire l'objet d'une reddition de comptes aux instances concernées. Les gestionnaires sont soutenus par de la formation pour les aider à mieux comprendre les enjeux financiers. Les processus d'acquisition du matériel et de l'approvisionnement font l'objet du suivi par les finances et doivent respecter les ententes avec les parties prenantes.

### **Tableau 3 : Critères non conformes en matière de Excellence des services**

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
2.1.10	Le leadership d'équipe évalue et consigne régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et constructive.	Priorité élevée
2.3.3	Le leadership d'équipe souligne les contributions des membres du personnel qui offrent des soins sécuritaires et de qualité.	Priorité normale

## Gestion des médicaments

### Évaluation des normes : 98,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,2% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

L'Hôpital de réadaptation Villa Médica Inc. possède sa propre pharmacie et collabore avec les hôpitaux référents ainsi que la pharmacie communautaire. Le lieu physique de la pharmacie est petit, mais fonctionnel. Tout est bien rangé dans le respect des exigences. Tous les comités requis sont en place et fonctionnels.

Le circuit du médicament est clair et bien détaillé. Toutes les pratiques organisationnelles requises ainsi que les critères s'appliquant à la mission de l'hôpital sont atteints à l'exception de la politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes qui n'a pas été élaborée ainsi que la mise à jour de la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes qui est en cours, mais non finalisée.

Les rôles et responsabilités sont bien définis et le travail en équipe est une réalité quotidienne. Le médecin, le pharmacien et les membres de l'équipe de soins travaillent en étroite collaboration et de manière rigoureuse.

La sécurité est au cœur des préoccupations. De nombreuses formations sont données aux membres des équipes ainsi que des audits fréquents, tant au niveau du médicament (ex. : conformité des étiquettes) qu'au niveau des équipes sur les unités de soins (ex. : distribution et administration de médicaments).

Le système prescripteur électronique GespharLite est un outil de travail apprécié et facilite la transmission et l'échange des informations. Une interface avec le dossier client informatisé Gustav est à finaliser.

L'autoadministration des médicaments est encouragée lorsque le client peut évoluer en ce sens, ce qui le prépare à son éventuel congé et favorise son autonomie.

#### Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Gestion des médicaments

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes est élaborée et mise en œuvre.	Priorité élevée
4.3.3	La bibliothèque de médicaments (DERS) entreposée dans les pompes à perfusion intelligentes est mise à jour et à l'épreuve périodiquement.	Priorité normale

## Gouvernance

### Évaluation des normes : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

La gouvernance est composée d'un administrateur unique qui rend des comptes au conseil d'administration de Groupe Santé Sedna. L'administrateur est soutenu par un comité de direction fort dont les actions sont d'offrir un accès rapide aux soins et services. La gouvernance connaît très bien le profil de sa clientèle et ses décisions sont basées sur les meilleures pratiques en matière de soins et de services. L'équipe a développé d'excellents liens de partenariats avec les autres acteurs du réseau de la santé de la région de Montréal et de la Montérégie.

Différents plans opérationnels sont élaborés avec des objectifs et des indicateurs. Les indicateurs de performances sont suivis et des actions sont prises advenant une difficulté à atteindre les objectifs. Le comité de la gestion intégrée de la qualité et des risques d'affaires se réunit à 5 reprises par année et fait état de l'avancement des travaux dans différents secteurs d'activité ou de direction. Le comité de vigilance et de qualité est au courant des activités de l'organisation incluant les risques organisationnels.

Un code d'éthique des administrateurs est présent et ceux-ci doivent apposer leur engagement à le respecter. Différentes politiques et procédures font l'objet d'approbation par la gouvernance à la suite de la validation des différentes instances organisationnelles.

La lutte contre le racisme fait partie des priorités organisationnelles. Une politique sur l'équité, la diversité, l'inclusion et l'appartenance, des activités de sensibilisation et des formations sont des moyens d'informer les intervenants à lutter contre le racisme. Une formation est en cours d'élaboration.

#### Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Gouvernance

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Leadership

### Évaluation des normes : 98,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,6% sont cotés non conformes.. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

L'équipe de direction s'est dotée d'une mission, d'une vision et de valeurs organisationnelles. Ces éléments ont fait l'objet d'une révision dans la dernière année en collaboration avec les principaux acteurs, dont les usagers. L'objectif vise que l'utilisateur développe son plein potentiel de réadaptation en offrant des soins et des services spécialisés de réadaptation intensive et individualisée. L'équipe est une référence en réadaptation et les valeurs de qualité, bienveillance, intégrité, et coopération guident les intervenants dans leur pratique professionnelle. Une planification stratégique 2024-2026 a été réalisée en établissant les enjeux, les objectifs et les différents projets pour les réaliser. Une démarche collective a été utilisée pour s'assurer que l'ensemble des intervenants, les usagers et les partenaires peuvent participer à la réflexion commune. La mission, la vision et les valeurs sont diffusées à plusieurs endroits dans l'organisation.

Le comité de direction est très actif. Un travail de collaboration interdirectionnelle est très présent afin de trouver des solutions aux différents enjeux organisationnels. La direction est transparente et agile à trouver des solutions. Les différents enjeux sont communiqués aux intervenants par divers moyens tels que des rencontres annuelles, des salles de pilotage et l'intranet. L'équipe est très sensible aux commentaires des usagers et des proches. Des pistes d'amélioration sont rapidement mises en place, ce qui démontre une grande agilité organisationnelle.

L'équipe connaît très bien le profil de sa clientèle et module la gestion des lits en fonction des demandes d'admission pour maximiser leurs offres de services et ainsi répondre à leur mission de réadaptation. L'équipe démontre ainsi beaucoup d'ouverture à répondre aux besoins des usagers.

#### Éthique

Un cadre de référence en matière d'éthique est en vigueur dans l'établissement. Le comité d'éthique est consultatif et établit les décisions en fonction des besoins de l'utilisateur tout en respectant l'autodétermination de celui-ci. Un processus est en place pour faciliter la démarche lors de dilemmes éthiques. L'équipe peut compter sur la présence d'une consultante en éthique qui facilite la réflexion lors d'enjeux. Celle-ci a formé les gestionnaires ainsi que certains intervenants. Nous encourageons l'équipe à poursuivre les activités de sensibilisation à l'éthique à l'ensemble des intervenants.

L'éthique sur la convenance organisationnelle est en place par l'évaluation des activités de recherche principalement basées sur des interventions (processus clinique). L'équipe s'assure de la faisabilité des projets de recherche et appuie les chercheurs dans la mise en place du projet.

#### Communication

Différents outils d'information sont utilisés pour communiquer les informations aux intervenants et aux usagers. Une politique de communication est en place pour s'assurer que la bonne information est diffusée à l'extérieur de l'établissement. Le site web donne beaucoup d'informations pertinentes et il est facile d'utilisation. Une refonte de ce dernier est enclenchée. Le secteur des communications est impliqué dans la diffusion des différentes solutions et décisions organisationnelles. Il est à noter qu'un plan de communication a été diffusé en vue de la visite d'agrément à l'ensemble des intervenants afin de s'assurer de leur engagement lors de la visite. La réalisation des salles de pilotage, les cafés-rencontres

la directrice générale, le journal Messenger (papier et électronique) et les différentes rencontres organisées dans le cadre de la planification stratégique sont d'excellents moyens pour diffuser l'information dans l'organisation.

Les plans stratégiques et opérationnels sont présentés aux intervenants pour obtenir leurs commentaires et ajuster les objectifs au besoin. L'équipe apporte une grande importance à l'opinion des usagers et leur famille. Une enquête sur la satisfaction de l'expérience client est permise grâce à la collaboration des clients bénévoles pour l'élaboration des sondages et de leur participation au processus de collecte de données. Un taux élevé de satisfaction des usagers est remarqué. L'outil « carrefour giratoire » permet de diffuser l'information sur la sécurité des usagers et est disponible dans les ascenseurs. Différents moyens sont utilisés pour informer les usagers et leur famille dans la prise en charge de leurs situations cliniques. Une pochette d'accueil remise lors de l'admission, des mémos, des formations spécifiques à la clientèle en sont des exemples concrets.

**Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.4.8	L'organisme dispose d'un système de gestion des talents afin de bien planifier la relève, le développement des ressources humaines, la rétroaction continue sur le rendement et le renforcement des capacités à l'échelle de l'organisme.	Priorité normale
3.4.13	L'organisme offre au personnel la possibilité de participer aux évaluations de rendement du personnel cadre de l'organisme afin de donner à ce dernier une évaluation plus complète de son rendement.	Priorité normale
2.4.9	L'organisme établit un dialogue avec le personnel, les usagers et les familles pour élaborer, mettre en œuvre, examiner régulièrement et mettre à jour, au besoin, un plan intégré d'amélioration de la qualité, afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'organisme.	Priorité élevée

## Prévention et contrôle des infections

### Évaluation des normes : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. a développé une culture de sécurité qui responsabilise tout le personnel à la prévention et contrôle des infections. D'étroites collaborations ont cours avec le personnel des unités de soins et la responsable de la prévention et contrôle des infections de l'établissement. De nombreuses formations, de la sensibilisation et des audits sont réalisés.

La responsable de la prévention et contrôle des infections collabore également avec les services techniques, particulièrement dans le cadre des rénovations, et répond à toutes demandes ou interrogations du personnel, quel que soit le secteur d'activité. Ce fonctionnement proactif et en constance de recherche de solutions est à souligner.

Tous les comités requis sont en place et toutes les pratiques organisationnelles requises et les critères s'appliquant à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. sont atteints. Les politiques et procédures sont en place et connues.

Une surveillance accrue des éclosions et des maladies nosocomiales est réalisée. Notons par ailleurs que l'hôpital s'est proposé et a été désigné « COVID+ alerte1 » lors de la pandémie.

Les clients et leur famille bénéficient de matériel promotionnel concernant l'hygiène des mains et un outil nommé « Carrefour giratoire » est disponible à la population sous forme vulgarisée et imagée.

Une réflexion est en cours afin d'augmenter le nombre de journées d'orientation des nouveaux employés ainsi qu'inclure du personnel de soutien (ex: entretien ménager) afin d'améliorer l'autonomie de la prévention et contrôle des infections chez les membres de l'équipe.

Concernant les équipements et appareils médicaux, le service central en assure une gestion rigoureuse. Les environnements et les équipements sont sécuritaires et le programme d'entretien préventif est efficace. Une entente avec PréviMed assure l'entretien et le fonctionnement des appareils spécialisés.

Des plans sont en place pour se préparer en vue de situations d'urgence, les formations sont données et les exercices d'évacuation (code rouge) reprendront à plus grande fréquence à partir de 2025. Les collaborations sont établies avec les acteurs de la communauté (pompiers et policiers).

Les accidents et incidents sont déclarés et une évaluation des situations apporte rapidement des mesures correctives (ex: code jaune : bracelet et détection de mouvement à l'essai).

### Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Prévention et contrôle des infections

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Normes d'évaluation portant sur des services spécifiques

Le programme Qmentum Global<sup>MC</sup> s'appuie sur un ensemble de normes d'évaluation propres aux services qui sont adaptées à l'organisation en cours d'agrément. Agrément Canada travaillera en collaboration avec l'organisation pour déterminer les normes d'évaluation et critères propres aux services qui sont pertinents pour les services offerts par l'organisation.

## Réadaptation

### Évaluation des normes : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

### Résultats de l'évaluation :

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica Inc. est un établissement à échelle humaine dont le positionnement dans le continuum de soins et services requiert un nombre impressionnant de partenaires.

Sa mission de réadaptation fonctionnelle intensive le situe au cœur du corridor de services pour les clients adultes nécessitant les services du programme en neurologie, grands brûlés, personnes amputées du membre inférieur ou santé physique.

De multiples tables de direction et de coordination impliquant tous les acteurs concernés ont défini les critères requis pour assurer des trajectoires de services fluides, autant avec les établissements montréalais que les collaborations interrégionales avec les régions limitrophes, en plus de s'inscrire dans le Consortium de l'ouest du Québec pour les grands brûlés.

Malgré cette complexité structurelle, les équipes de réadaptation et de soins au sein des programmes multiplient les échanges de manière constructive afin que l'admission et le congé du client se fassent de façon harmonieuse, ce qui est exemplaire. Les efforts sont déployés pour réduire au minimum les délais d'accès et les FRA entre autres, indicateurs surveillés de façon rigoureuse.

L'épisode de soins au sein de l'hôpital se réalise avec le client et sa famille comme partenaires. D'ailleurs, le nombre de clients-collaborateurs agissant en collaboration avec les équipes est impressionnant. Les objectifs des plans d'interventions sont déterminés à partir des habitudes de vie nommées par le client et l'équipe lui assure un réel accompagnement afin d'obtenir le résultat le plus satisfaisant possible en prévision du congé. Il en va de même pour les services en externe. Soulignons la réussite du déploiement des interventions en congé précoce assisté, apportant une valeur ajoutée à la réalité des clients dans leur propre milieu de vie.

Les rôles des membres de l'équipe sont très bien définis et la circulation des informations entre eux et auprès de l'utilisateur est rapide et efficace. Cette observation vaut autant pour les équipes en soins et réadaptation à l'interne autant qu'externes et avec les partenaires du réseau ou de la communauté. Le soutien des autres directions de l'organisation est au rendez-vous et est également très efficace. La grande écoute des gestionnaires aux besoins exprimés par les intervenants permet la mise en place de multiples innovations et projets de recherches.

Toutes les pratiques organisationnelles requises sont atteintes ainsi que tous les critères de la norme.

Soulignons le déploiement du dossier électronique Gustav qui concentre les informations cliniques au même endroit facilitant ainsi les communications et la concertation. Les documents y sont consignés et signés lorsque requis.

Malgré un environnement souvent contraignant lié au bâtiment, à la petitesse des chambres et à la proximité, la satisfaction des usagers est au rendez-vous. Nous avons entendu à multiples reprises « nous avons Villa Médica tatoué sur le cœur ». Pour le personnel, même si de meilleures installations sont souhaitées depuis longtemps, la bienveillance et le plaisir au travail sont manifestes. Pour ce qui est du point de services externe de la rue Berri, les locaux sont grands et aérés, mais considérant l'accès direct avec la rue et les enjeux du secteur, nous invitons l'organisme à réfléchir à un moyen pouvant assurer davantage la sécurité des intervenants et des usagers.

Bref, nous avons observé à de multiples reprises que chaque occasion en est une d'amélioration continue. Nous ne pouvons que féliciter l'établissement pour l'excellence de ses soins et services de réadaptation et d'avoir su intégrer de façon exemplaire la notion de client-collaborateur.

## **Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Réadaptation**

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.