



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 29 novembre au 2 décembre 2021

Date de production du rapport : 24 janvier 2022

Au sujet du rapport

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (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 novembre 2021. 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

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

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 gestionnaire de programme.

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 relatifs aux pratiques organisationnelles requises	12
Résultats détaillés de la visite	14
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	15
Processus prioritaire : Gouvernance	15
Processus prioritaire : Planification et conception des services	18
Processus prioritaire : Gestion des ressources	20
Processus prioritaire : Capital humain	21
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	23
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	25
Processus prioritaire : Communication	26
Processus prioritaire : Environnement physique	27
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	28
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	29
Processus prioritaire : Cheminement des clients	30
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	31
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	32
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	36
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	40
Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service	46

Résultats des outils d'évaluation	52
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	52
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	56
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	58
Annexe A - Programme Qmentum	60
Annexe B - Processus prioritaires	61

Sommaire

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (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

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a obtenu le type d'agrément qui suit.

Non agréé

L'organisme doit s'améliorer de façon significative pour répondre aux exigences du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 29 novembre au 2 décembre 2021**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles - Avenue Ash
2. Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles - Rue du Centre

- **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. Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers
2. Gouvernance
3. Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers
4. Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers

Normes sur l'excellence des services

5. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
6. Soins primaires - 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 : version des soins communautaires
3. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
4. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

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.)	21	3	0	24
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	17	4	1	22
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	116	30	15	161
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	42	16	1	59
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	90	8	5	103
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	25	0	0	25
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	154	101	14	269
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	18	4	1	23
Total	483	166	37	686

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	37 (74,0%)	13 (26,0%)	0	33 (91,7%)	3 (8,3%)	0	70 (81,4%)	16 (18,6%)	0
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	28 (71,8%)	11 (28,2%)	1	49 (71,0%)	20 (29,0%)	1	77 (71,3%)	31 (28,7%)	2
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	25 (83,3%)	5 (16,7%)	4	27 (62,8%)	16 (37,2%)	4	52 (71,2%)	21 (28,8%)	8
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	39 (81,3%)	9 (18,8%)	8	32 (74,4%)	11 (25,6%)	11	71 (78,0%)	20 (22,0%)	19
Soins à domicile	36 (75,0%)	12 (25,0%)	1	57 (76,0%)	18 (24,0%)	1	93 (75,6%)	30 (24,4%)	2
Soins primaires	39 (66,1%)	20 (33,9%)	0	71 (78,9%)	19 (21,1%)	1	110 (73,8%)	39 (26,2%)	1

* 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			
Divulgation des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 1
Identification des usagers (Soins à domicile)	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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	1 sur 3	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	3 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1

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.

La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un établissement ayant le statut d'organisme à but non lucratif (OBNL).

Une entente est en fonction avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'offrir des soins de 1re ligne avec mission CLSC pour les résidents de Pointe-Saint-Charles (environ 30?000 de population).

Cette mission s'actualise avec les différents partenaires de la communauté. Ce qui caractérise la clinique, c'est son fondement. Depuis la création en 1968, ce sont les résidents de Pointe-Saint-Charles qui siègent à la gouvernance et qui décident des orientations et des services à offrir.

Planification & conception des services + cheminement des usagers

Une planification stratégique est présente, mais date de 2012-2015 et n'a pas été actualisée. La volonté des dirigeants est de la reprendre prochainement, de l'actualiser afin qu'elle tienne compte des contextes et réalités changeants.

Il y a un plan opérationnel qui est en fonction, toutefois il n'est pas rattaché à la planification stratégique. La culture de la mesure demeure un enjeu important pour l'ensemble des équipes de l'organisme.

L'équipe doit poursuivre les efforts afin d'identifier les obstacles à l'accessibilité aux services?; les documenter, afin de réduire les délais d'attente spécifiquement en service jeunesse et en santé mentale.

Capital Humain

Une ressource-cadre a été récemment ajoutée afin de coordonner le processus de planification et de gestion des ressources humaines.

Le taux de roulement des effectifs est préoccupant et mérite une attention particulière.

La gestion documentaire (politiques et procédures) doit être mise à jour, car elle date de nombreuses années.

L'appréciation de la contribution des membres des équipes est à réaliser.

Communication

Un plan de communication assortie d'une politique et de plusieurs processus est réalisé. Nous invitons l'établissement à s'assurer de l'approbation et de la signature du document.

Une agente de communication est la ressource de l'établissement qui a su au fil des années créer des partenariats tant auprès des partenaires internes que de la communauté.

L'enjeu demeure la capacité de l'organisation à alimenter le secteur.

Nous invitons l'équipe à s'inscrire dans un plan d'amélioration continue en définissant quelques objectifs en lien avec la planification stratégique de l'établissement et à se doter d'indicateurs de suivis.

Gestion intégrée de la qualité

Une personne est responsable de la gestion intégrée de la qualité au sein de l'établissement.

Il existe un plan d'amélioration de la qualité. Un comité de qualité et de gestion des risques assure le suivi

Il existe un plan d'amélioration de la qualité. Un comité de qualité et de gestion des risques assure le suivi du plan.

Un projet porteur sur les appels entrants dans l'établissement a permis de solutionner des problématiques d'accès de la clientèle. Nous invitons les équipes à favoriser le développement de telles initiatives. La déclaration des inc. /acc. demeure un enjeu associé à la mise en place d'une culture de non-blâme. Nous invitons l'établissement à poursuivre et maintenir les efforts de sensibilisation auprès des équipes. La gestion de la mesure est un défi auquel l'établissement est confronté.

Gestion des ressources

Un processus de planification et de contrôle financier est en place. La gestion budgétaire est participative et décentralisée. Les écarts sont suivis et documentés par les cadres responsables des équipes. L'établissement offre des salaires moindres que ceux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ce qui demeure un enjeu important pour le recrutement et lors du renouvellement des conventions collectives comme c'est le cas présentement. Les demandes salariales des employés confrontent l'établissement à son offre de services.

Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes d'éthique

Une entente de services vient d'être signée avec le CIUSSS du Centre-Sud en lien avec la formation, le support et la consultation en éthique auprès de la clinique.

De cette entente, l'équipe va débiter l'encadrement de la gestion des questions éthiques qui surviennent et qui peuvent être multiples selon les personnes rencontrées.

Il n'y a pas de recherche à la clinique communautaire Pointe-Saint-Charles.

Soins centrés sur les personnes

L'implication des usagers et des familles représente une force au sein de la clinique. Le point de vue de l'utilisateur est respecté et il est impliqué dans les soins et services à offrir.

Le conseil d'administration est pour la majorité de ses membres composé de citoyens-usagers. Il y a un seul représentant des employés.

Nous invitons l'établissement à s'assurer que le conseil d'administration est représentatif des diverses parties prenantes et peu s'actualiser.

La clarification du rôle des membres du conseil d'administration et de celui du comité des usagers est à poursuivre.

Préparation aux situations d'urgence (PMU)

Le plan des mesures d'urgence a débuté par l'implantation et l'utilisation sécuritaire des codes de couleurs internationaux. La formation a eu lieu pour les codes blanc et rouge et des exercices ont eu lieu pour la sécurité incendie.

Le PMU est à bonifier en y intégrant les volets reliés à la pandémie, la chaleur accablante, la continuité et le délestage des activités.

La documentation des processus est à renforcer, de même que l'évaluation de ceux-ci.

Environnement physique

Les établissements sont propres et bien entretenus.

On encourage l'équipe à développer davantage des projets d'énergie renouvelable qui réduisent l'empreinte

On encourage l'équipe à développer davantage des projets d'énergie renouvelable qui réduisent l'empreinte environnementale.

Une réflexion est à faire quant à l'utilisation des espaces dans un contexte de télétravail.

Gestion des médicaments — extrahospitalier

La responsable de la gestion des médicaments est une infirmière en attendant que le poste de DSI soit pourvu. Cela a engendré certains retards dans la continuité des travaux entrepris auparavant. Le recrutement est crucial pour l'encadrement des pratiques cliniques liées à la qualité.

Deux pharmaciens communautaires fournissent les médicaments dont la clinique a besoin. Un partenariat renforcé est souhaitable pour ainsi disposer de l'expertise des pharmaciens pour soutenir les infirmiers des secteurs cliniques.

Des ordonnances collectives pour prendre en charge certaines conditions médicales sont en place.

L'accès aux réserves de médicaments est contrôlé. Les espaces d'entreposage des médicaments sont propres, éclairés et bien entretenus.

Le bilan comparatif des médicaments implanté en 2020 demeure un enjeu important. Une évaluation pour apporter des changements à la procédure est très souhaitable.

Appareils médicaux et équipements

Le programme d'entretien préventif est consolidé et fonctionne efficacement.

Les gestionnaires ont une connaissance des défis et des enjeux du secteur ce qui assure une continuité dans l'amélioration des processus du secteur.

L'élaboration de politiques et procédures pour le nettoyage et la désinfection des appareils médicaux est prioritaire.

Prévention et contrôle des infections — extrahospitalier

La supervision des activités de prévention et de contrôle des infections est assurée par une infirmière clinicienne de services courants par intérim en temps partiel, ce qui a impacté fortement l'encadrement et la consolidation des acquis.

Un programme complet de prévention et contrôle des infections doit être mis en place contenant une politique et procédure ainsi qu'un plan de formation complet.

La collaboration entre les équipes des services courants et de l'hygiène et salubrité est bien installée. Une instance de gestion intersectorielle concernée par la prévention et contrôle des infections doit se créer afin de défaire les silos empêchant une vision d'ensemble.

La clinique n'a subi aucune éclosion en contexte de pandémie.

Épisode de soins: soins primaires

L'accès aux soins est garanti, il n'y a pas de délai pour accéder aux soins infirmiers et médicaux courants.

Deux modalités sont en place : sans et avec rendez-vous. La participation des infirmières est vaste permettant ainsi une autonomie de pratique clinique remarquable.

Se doter d'une démarche d'amélioration continue de la qualité demeure un enjeu majeur. Des objectifs et des indicateurs qualité devront en faire partie.

L'implantation du bilan comparatif des médicaments est très récente. L'évaluation du processus est nécessaire afin d'identifier des lacunes dans l'application de la procédure.

L'actualisation et l'élaboration des nouvelles politiques et procédures de gestion des dossiers doivent se mettre en branle le plus rapidement possible afin d'assurer la qualité des dossiers et la confidentialité.

Épisode de soins : soutien à domicile

La collaboration et l'entraide entre les intervenants sont palpables ce qui a permis de créer un environnement de travail sain et stimulant. La participation des usagers est stimulée par les actions posées par les intervenants.

L'accès aux soins est important?; il est à souligner l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie avec le soutien des pharmaciens communautaires.

L'implantation du bilan comparatif des médicaments est très récente. L'évaluation du processus s'avère nécessaire afin d'identifier des lacunes dans l'application de la procédure. Une révision de l'applicabilité de la procédure en contexte de soins à domicile tel qu'elle a été élaborée et mise en place demeure essentielle dans la recherche de solutions.

L'actualisation et l'élaboration des nouvelles politiques et procédures de gestion des dossiers doivent se mettre en branle le plus rapidement possible afin d'assurer la qualité des dossiers et la confidentialité.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Divulgence des événements Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.6
<p>Reddition de comptes en matière de qualité Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance 12.1
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins à domicile 9.10
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins à domicile 8.6
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins à domicile 3.8
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers 1.7
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévention de la violence en milieu de travail Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 2.10
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers 8.4

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	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
1.4 Le conseil d'administration adopte un code d'éthique pour ses membres.	!
2.1 La formation, l'expérience et les compétences nécessaires pour assurer une gestion efficace sont déterminées.	!
2.4 Il existe un processus documenté et respecté pour l'élection ou la nomination du président du conseil d'administration.	
2.8 Chaque membre du conseil d'administration signe une déclaration qui permet de reconnaître ses rôles et ses responsabilités, dont les attentes liées à ce poste et les obligations légales.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.	!
4.4 La mission de l'organisme est revue et mise à jour régulièrement pour tenir compte des changements dans le milieu, dans l'étendue des services ou dans le mandat.	

5.5	Le conseil d'administration dispose d'un processus officiel lui permettant de comprendre, de cerner, de déclarer et de résoudre les conflits d'intérêts.	
6.1	Le conseil d'administration supervise le processus de planification stratégique et guide le personnel d'encadrement de l'organisme dans l'élaboration et la mise à jour de la vision et du plan stratégique de l'organisme.	!
6.3	Le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour effectuer une analyse continue du milieu en vue de cerner les changements et les nouveaux défis, et s'assurer que son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques sont ajustés en conséquence.	!
7.9	Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	!
8.3	Un processus documenté est suivi pour l'examen et le renouvellement réguliers des privilèges (y compris des processus pour l'ajout ou la modification de privilèges).	!
8.4	Un processus documenté permet de régler tout problème de rendement des professionnels des soins de santé qui détiennent des privilèges.	!
9.3	Le conseil d'administration revoit le rendement financier de l'organisme dans le cadre du plan stratégique et des secteurs de rendement principaux tels que l'utilisation des ressources, les risques et la sécurité.	!
12.1	Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.	
12.1.1	Le conseil d'administration connaît les principes clés de la qualité et de la sécurité. L'organisme y voit en recrutant des membres qui ont des connaissances à ce sujet ou en offrant de la formation.	SECONDAIRE
12.1.2	La qualité est un point permanent de l'ordre du jour de toutes les rencontres régulières du conseil d'administration.	PRINCIPAL
12.1.6	Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la haute direction qui relèvent du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.	PRINCIPAL
13.6	Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7	Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

L'équipe de la gouverne de la clinique est majoritairement composée de membres élus de la population du territoire. Une personne représente le personnel de l'établissement au sein du conseil d'administration.

Les membres se disent usagers et administrateurs de la clinique. De plus, ils militent tout un chacun pour faire valoir les intérêts de la population de desserte de la clinique. Ils sont dévoués et organisés.

Toutefois, nous invitons l'équipe à débiter une réflexion sur le partage des rôles et responsabilités des membres du Conseil d'administration. Les membres sont tous dévoués et mettent beaucoup d'énergie à défendre les intérêts de la population. Toutefois, leur rôle au sein d'un établissement de santé doit-être clair et mis de l'avant.

L'idée de discuter avec d'autres parties ou de les inclure, tel que le comité des usagers à titre d'exemple peut apporter un éclairage nouveau ou confirmer une réalité que les membres du conseil d'administration perçoivent déjà. Cela ajoute de la diversité aux différents points de vue.

La planification stratégique demeure en enjeu majeur qui freine l'actualisation de la clinique. La fine connaissance des besoins de la population doit être documentée et tenue en compte.

La mesure de la qualité et du rendement de l'organisme demeure un enjeu auquel on invite les membres à réfléchir et à se positionner pour la planification à moyen et long terme à venir.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
4.1 Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers ou résidents, des familles et des principales parties prenantes.	
4.2 L'organisme a une vision et un plan stratégique.	
4.4 Si possible, lors de l'élaboration de la vision et du plan stratégique de l'organisme, les besoins des usagers ou résidents, de leur famille et de la communauté élargie sont pris en considération, ainsi que les priorités établies par le gouvernement et d'autres parties prenantes.	
4.5 Le plan stratégique fait état des buts et objectifs qui concordent avec la mission et les valeurs et dont les résultats sont mesurables.	
4.6 Une analyse constante du milieu est effectuée pour cerner les changements et les nouveaux défis ainsi que pour adapter, au besoin, le plan stratégique, les buts et les objectifs.	
4.10 Les buts et objectifs des équipes, des unités ou des programmes concordent avec le plan stratégique.	
4.11 Les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques de l'organisme sont signalés aux parties prenantes internes et externes et au conseil d'administration, le cas échéant.	
6.1 Des plans opérationnels annuels sont élaborés dans le but de réaliser le plan stratégique, pour atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.3 Le plan opérationnel précise les ressources nécessaires pour réaliser le plan stratégique, les buts et les objectifs.	
6.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille la mise en oeuvre des plans opérationnels et fournit des rapports à ce sujet.	!

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

L'équipe dispose de liens avec la communauté qui sont forts et qui datent des origines de la clinique. La participation citoyenne y est importante et le souhait est de répondre aux besoins de la population.

L'équipe dispose d'un énoncé des valeurs qui date de 2012 à 2015 et n'est pas actualisé. Plusieurs tentatives ont été faites au cours des années passées à l'effet de reprendre la planification stratégique, et ce, sans succès (cela était déjà une recommandation lors de la visite d'agrément Canada en 2019).

Le processus de planification stratégique est utilisé pour déterminer la vision à moyen et long terme de l'organisme, ainsi que la stratégie pour concrétiser la vision. Nous invitons l'équipe à poursuivre les efforts afin d'obtenir une planification stratégique à très court terme.

Un plan opérationnel est disponible et regroupe plusieurs orientations souhaitées par l'établissement. Toutefois, nous suggérons à l'établissement de s'assurer que le plan des opérations découle de l'exercice de la planification stratégique qui sera mise en place afin de permettre à l'organisme de réviser les divers plans qui sont déjà actifs dans plusieurs secteurs de l'établissement, tel que le plan d'amélioration de la qualité, à titre d'exemple.

L'instauration d'une culture de mesure demeure un défi dont l'équipe est consciente et sur lequel la volonté d'y mettre de l'énergie est visible et présente. Nous invitons les équipes à poursuivre dans cette optique.

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)

Le coordonnateur des finances utilise un processus structuré pour la planification et le contrôle financier.

L'analyse des écarts budgétaires est effectuée par les parties prenantes.

Des travaux sont en cours pour l'informatisation du processus budgétaire et nous encourageons l'établissement à poursuivre dans cette voie qui va sûrement permettre d'optimiser les processus en gestion financière.

Des rapports financiers sont transmis périodiquement aux cadres afin qu'ils puissent participer aux suivis de leurs secteurs respectifs.

Il y a présentation des états financiers au conseil d'administration et ce dernier prend les décisions finales.

L'enjeu lié à la capacité de l'équipe à assumer plusieurs rôles demeure (informatique, développement de projets de rénovation, approvisionnement, etc. tous coordonné par quelques personnes dans le service).

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
2.4 Une politique qui porte sur le signalement des comportements qui vont à l'encontre du code de conduite, sur les enquêtes connexes et sur la résolution des problèmes de comportement est élaborée et mise en oeuvre.	
2.7 Des politiques de santé et de sécurité au travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents sont élaborées et mises en oeuvre.	!
2.10 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.	
2.10.3 La politique précise le nom des personnes ou des postes responsables de sa mise en oeuvre et de son respect.	PRINCIPAL
2.10.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	PRINCIPAL
2.10.8 De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.	PRINCIPAL
10.2 Des stratégies de maintien des effectifs sont mises en place.	
10.5 Une stratégie est en place pour perfectionner les compétences en leadership au sein de l'organisme.	
10.10 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement des membres de l'équipe sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Une personne dédiée aux ressources humaines vient de s'ajouter à l'équipe, elle assume la coordination. Elle exercera un important rôle au niveau de la gestion et de la planification des ressources humaines. Cette nomination est issue d'une consultation de l'ensemble des employés, cadres de l'établissement, dans l'optique d'encadrer ce volet majeur de l'organisation.

L'équipe soutient une approche collaborative avec les différents syndicats de l'établissement. Les équipes travaillent actuellement au renouvellement de la convention collective des employés et ont espoir que les parties en viennent à une entente favorable qui puisse maintenir l'ensemble des services dispensés.

L'une des priorités a été de revoir le plan d'accueil aux ressources humaines de tout nouvel employé.

Il y a une politique de formation en place et un PDRH. On invite les équipes à développer un registre de présences en lien avec le PDRH afin de s'assurer que tous y participent. Des formations obligatoires sur la sécurité de la clientèle doivent être renforcées.

Les politiques de santé et sécurité au travail et celle de la gestion des agressions - violences au travail datent de plus de 10 années.

La gestion documentaire demeure un enjeu auquel l'établissement est invité à mettre l'accent.

Le taux élevé de roulement du personnel est préoccupant et des solutions à court terme doivent être mises de l'avant avec plus de vigueur pour le maintien de l'accessibilité à certains services.

La planification de la gestion des talents (des RH) est à mettre de l'avant à court terme.

L'établissement est bien au fait des problématiques en gestion des ressources humaines et devra prioriser ses interventions compte tenu de l'ensemble de la tâche à accomplir.

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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des procédures normalisées ou à des lignes directrices fondées sur des données probantes pour réduire les variations entre les services.	
12.3 Des politiques et des procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels sont élaborées et mises en oeuvre.	
12.4 La qualité des services contractuels est évaluée.	
<p>14.6 Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.</p> <p>* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>14.6.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.</p> <p>14.6.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>14.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>14.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

14.7.3	Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.	SECONDAIRE
14.7.4	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.	PRINCIPAL
14.7.5	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE
15.2	Les indicateurs de rendement sont sélectionnés et régulièrement surveillés dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.	!
15.5	Des indicateurs ou d'autres données sont utilisés pour cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et s'en occuper.	!
15.7	Des rapports au sujet du rendement et de la qualité des services de l'organisme sont communiqués à l'équipe, aux usagers ou résidents et à leur famille, aux communautés qui reçoivent des services et aux autres parties prenantes.	

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

Un plan d'amélioration de la qualité est disponible.

Les équipes reçoivent de l'information sur les inc./acc. survenus dans leur secteur respectif. Toutefois, il n'y a pas encore d'outil de mesure défini en lien avec les objectifs du plan d'amélioration de la qualité.

Les incidents liés à la sécurité des citoyens — usagers sont révisés individuellement et des suivis sont réalisés.

Un comité d'amélioration de la qualité est en place et bénéficie d'un représentant des usagers, ce qui est une très bonne pratique.

Le suivi des événements sentinelles est effectué et lorsque nécessaire la divulgation est faite.

Un comité de vigilance est également en place.

Un projet de révision des appels téléphoniques entrants dans l'établissement a été réalisé au cours de la dernière année et les travaux menés sont remarquables. Nous invitons l'établissement à poursuivre le suivi des travaux d'évaluation de la mise en place d'un nouveau système de réponse téléphonique à la clientèle et à se servir de cet exemple afin d'initier d'autres révisions de processus. L'équipe est félicitée pour cette excellente initiative qui a permis d'améliorer l'accès aux soins et services de la clinique.

L'évaluation postimplantation du BCM est à effectuer.

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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers ou des résidents et des familles.	!
1.8 Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique.	
2.3 Un code de conduite concernant toutes les personnes qui travaillent pour l'organisme est élaboré et mis en oeuvre.	

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

Une entente de services vient d'être conclue avec le CIUSSS du Centre-Sud sur le soutien en services professionnels dans la dispensation de formation, services, et consultation en éthique.

Il n'y a pas de recherche à la clinique communautaire Pointe-Saint-Charles.

L'équipe est à se structurer en lien avec l'entente du CIUSSS du Centre-Sud et entend créer son propre comité d'éthique clinique afin de définir son cadre clinique ajusté avec les réalités de la clinique.

Le mandat de ce comité a été donné à la personne responsable de la qualité pour la clinique et l'échéancier est en voie d'être mis de l'avant.

Nous encourageons l'équipe à poursuivre dans cette voie et s'assurer de la mise en place des activités liées à l'éthique au sein de l'établissement.

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
11.3 Des politiques et des procédures sur la gestion de l'information sont élaborées et mises en oeuvre.	!
11.6 Les équipes ont accès à l'information sur les meilleures pratiques, les pratiques exemplaires et les guides de pratique.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un plan de communication est disponible et il regroupe une politique des communications tant à l'interne qu'à l'externe.

Il définit l'offre de services de l'agente de communication et fait le recensement des modes et outils de communication.

Le document n'est pas signé, toutefois il a été révisé. Nous invitons l'établissement à s'assurer que le document est approuvé par les différentes instances et qu'il fait l'objet de diffusion à l'interne. Car l'impression laissée est que c'est un document de travail, lorsque non approuvé et signé.

La communication avec les partenaires et la population est une priorité de l'agente des communications.

Au début de la pandémie de covid-19, l'agente des communications a fait une revue quotidienne de presse et l'a acheminée à la population. Les commentaires ont été favorables, bien que non documentés.

On encourage l'établissement à documenter les bonnes pratiques afin d'en faire l'évaluation et de servir de base pour d'autres initiatives positives pour la population du territoire, enfin de la diffuser tant à l'interne qu'à l'externe.

Des assemblées du personnel sont organisées entre 4 et 5 fois par année. Nous invitons les équipes à développer un registre de présences afin de voir les taux de participation aux rencontres.

Nous invitons le service des communications à cibler quelques objectifs/projets annuels, de les intégrer dans un plan d'amélioration de la qualité ou dans celui global de l'établissement afin de voir les réalisations et d'en faire l'évaluation.

La proximité avec la planification stratégique de l'établissement fait partie des priorités des communications.

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)

La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles regroupe 2 établissements, dont l'un est situé sur la rue Centre et l'autre sert de pavillon administratif.

La propreté des lieux est notée. Toutefois, il n'y a pas d'audit de vérification de la propreté des lieux en lien avec l'épidémiologie (pandémie covid-19).

L'équipe est soucieuse de la sécurité de la clientèle et en tient compte lors de la réalisation des travaux de rénovation. Elle priorise tout ce qui constitue un risque à la sécurité de la clientèle.

Il y a un processus en place pour assurer la surveillance des infrastructures et la qualité et sécurité des systèmes. Une personne est de garde et répond 24/7 aux diverses situations qui peuvent survenir au niveau des bâtiments (dégâts d'eau, bris, etc.).

On invite l'équipe à réfléchir à des projets d'énergies renouvelables ou de réduction de l'empreinte environnementale et à les soumettre aux instances concernées.

Des partenariats avec des organismes communautaires peuvent être envisagés dans cette perspective.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
13.1 Des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels sont élaborés et mis en oeuvre.	!
13.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
13.7 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	

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

Un plan de préparation aux mesures d'urgence est débuté avec l'utilisation des différents codes de couleurs internationaux.

Déjà, des exercices de simulation en sécurité incendie ont été réalisés cette année et l'équipe se dit satisfaite des résultats obtenus. La formation est actualisée et en continue.

De la formation a été donnée sur l'utilisation du code blanc et déjà l'équipe a dû faire face à quelques appels de pacification qui ont très bien fonctionné.

Nous encourageons l'équipe à documenter et à assurer des rétroactions à la suite de ce genre de situation. La diffusion des bons coups est à renforcer.

Un comité des mesures d'urgence est à mettre en place.

L'équipe rencontrée est au fait qu'elle doit poursuivre les travaux de réalisation du plan des mesures d'urgence (PMU) afin d'intégrer les volets liés à la pandémie, à la chaleur accablante et aux autres situations potentielles de sinistres internes (dégâts d'eau, panne d'électricité ou informatique, etc.) et externes.

Le plan des mesures d'urgence doit également inclure un plan de continuité des activités et de délestage lors de pannes ou autres urgences qui peuvent survenir et empêcher les professionnels de dispenser les soins et services de manière temporaire.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
4.9 Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers ou résidents et à leur famille.	
Ensemble de normes : Soins à domicile	
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
Ensemble de normes : Soins primaires	
3.4 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'implication du patient dans la prise de décision quant à ses soins est une force de l'établissement et des équipes en place.

Le conseil d'administration compte des représentants des usagers pour la majorité de ses membres. Toutefois, tous mentionnent être élus par la population du territoire et recevoir des soins et/ou services de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Ils sont les porte-paroles des usagers.

Il n'y a pas de représentant du comité des usagers de l'établissement au conseil d'administration.

Les obstacles qui peuvent empêcher un usager, une famille d'accéder aux soins font l'objet d'un suivi continu de la part de la direction. Les listes d'attentes demeurent un défi auquel les équipes sont confrontées.

Nous suggérons à l'établissement de réfléchir à des alternatives qui pourraient être développées afin de réduire l'attente des usagers à l'égard des services. Cette tâche peut devenir source de tension et de stress et ajouter un fardeau difficile à supporter par les équipes en place.

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)

L'équipe possède une connaissance aiguë des problématiques qui représentent des obstacles pour accéder aux soins et services. Nous félicitons et encourageons la coordination en santé mentale et jeunesse à poursuivre les actions afin de réduire l'impact de l'attente des usagers pour accéder aux soins et services.

Les obstacles aux soins et services sont en lien avec les délais d'accès ce qui occasionne des listes d'attente dans certains secteurs.

Nous invitons l'établissement à identifier des outils de mesure afin de vérifier où il en est avec les délais d'attente pour accéder à certains services et à voir comment il peut améliorer la situation.

La situation n'est pas la même dans tous les services, toutefois il est important de monitorer les délais dont tous ceux qui ont un impact sur l'état de santé de la population.

La santé mentale et l'accès en jeunesse demeurent un enjeu important.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers	
10.3 Des politiques et des procédures claires et concises sont élaborées et maintenues pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des appareils et des instruments médicaux réutilisables.	
10.6 Les politiques, les procédures et les directives des fabricants sont accessibles à tous les membres de l'équipe.	
10.9 Dans les cas où le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux réutilisables sont confiés à des fournisseurs externes, l'organisme évalue régulièrement la qualité des services fournis.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Depuis la visite d'agrément de 2019, l'équipe a mis en place plusieurs améliorations. La gestion des équipements et appareils est efficace.

Le personnel est expérimenté et engagé à aller plus dans la recherche de la qualité de leurs processus.

Le programme d'entretien préventif est consolidé et répond aux besoins des utilisateurs des secteurs cliniques.

Par contre, aucun sondage de satisfaction des utilisateurs des appareils et équipements n'a été réalisé.

Il est suggéré d'évaluer la satisfaction de la clientèle du service afin de s'assurer que le programme répond aux besoins des secteurs utilisateurs du service.

Des politiques et procédures sur le nettoyage et la désinfection ne sont pas élaborées même si l'organisation utilise des petits instruments et équipements.

Les formations de base sont données, mais une planification plus structurée de la part des secteurs cliniques est à mettre en place afin d'avoir un registre des formations ainsi que les dates auxquelles les intervenants les ont reçues.

Une entente avec l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est en vigueur. Par contre, aucune clause n'a été incluse afin que le fournisseur de services garantisse la qualité des services fournis.

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

- 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.

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

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

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'utilisateur 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 : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments	
1.6 Une politique sur les échantillons de médicaments est élaborée et mise en oeuvre.	
1.7 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé. <ul style="list-style-type: none"> 1.7.1 Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé. 1.7.2 La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de mettre en oeuvre la politique et d'en superviser l'application. 1.7.3 La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme. 1.7.4 La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé ciblé. 1.7.5 Les concentrations et les options relatives au volume des médicaments de niveau d'alerte élevé sont limitées et normalisées. 1.7.6 Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins. 1.7.7 La politique est régulièrement mise à jour. 1.7.8 De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé. 	<div style="text-align: center;">  </div> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>PRINCIPAL</p>
1.8 Une politique est élaborée et mise en oeuvre pour gérer les pénuries de médicaments.	
2.1 Des critères sont établis pour ajouter des médicaments à la liste des médicaments entreposés ou pour en retirer de la liste.	

2.3	Lorsque des médicaments qui ne figurent pas sur la liste sont jugés nécessaires au plan thérapeutique, une procédure est suivie pour évaluer, approuver et acheter ces médicaments en temps opportun.	
2.4	Une procédure permet de détecter et de résoudre les problèmes liés à l'expédition des médicaments.	!
2.5	Une politique est élaborée et mise en oeuvre pour gérer la sécurité entourant les médicaments contrôlés entreposés ou utilisés dans l'organisme.	!
5.3	L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée et des améliorations sont apportées au besoin.	
7.1	Des critères pour l'acceptation d'ordonnances sont rédigés et respectés.	!
7.3	Une procédure normalisée est suivie pour transmettre les ordonnances à la pharmacie.	!
8.4	La conformité aux politiques et aux procédures relatives aux ordonnances de médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	!
9.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes du CPOE est élaborée et mise en oeuvre.	!
9.4	Le CPOE est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.	!
9.5	Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le CPOE en fonction de l'information sur les meilleures pratiques et en obtenant l'avis des équipes.	
16.5	Une double vérification indépendante prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer les médicaments de niveau d'alerte élevé.	!
20.1	Une politique qui précise quels membres de l'équipe peuvent aider à la prise de médicaments, ainsi que les compétences requises pour effectuer cette tâche, est élaborée et mise en oeuvre.	!
22.3	Les mesures qui s'imposent sont prises pour donner suite aux alertes émises par Santé Canada et d'autres organismes au sujet des réactions indésirables aux médicaments.	
23.2	Des vérifications spécifiques du mécanisme de gestion des médicaments sont effectuées régulièrement.	

23.3 Les indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments font l'objet d'un suivi.

23.4 L'information recueillie au sujet du mécanisme de gestion des médicaments est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.

23.5 Les résultats des évaluations sont communiqués aux équipes.

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

La prescription et l'administration sont les deux étapes du circuit de médicaments qui sont réalisés à la clinique.

Deux pharmacies communautaires sont les principaux fournisseurs de médicaments. L'offre de service et le soutien aux équipes de ces partenaires pourraient s'améliorer davantage en intégrant à l'offre un soutien de proximité à la démarche d'agrément. Par exemple, lors de l'évaluation de l'implantation du bilan comparatif des médicaments l'implication des pharmaciens serait un atout pour accompagner les infirmiers en tant qu'expert dans la matière.

L'accès aux réserves de médicaments est contrôlé. Les lieux sont propres et éclairés.

Les chariots d'urgence aux deux sites sont complets et les médicaments s'y trouvant sont vérifiés régulièrement.

La double identification des usagers avant d'administrer des médicaments n'est pas évaluée même si des médicaments à risque élevé comme l'insuline et le méthotrexate injectable sont administrés. Il est fortement recommandé de consigner au dossier chaque fois que l'infirmière administre un médicament à haut risque. Cela va permettre à l'organisation d'évaluer la conformité de cette pratique en évaluant la qualité des notes infirmières.

Aucune prescription verbale ou téléphonique n'est acceptée par les pharmacies partenaires.

L'organisme s'est doté des ordonnances collectives pour prendre en charge certaines pathologies.

L'organisme a en place une procédure de gestion des médicaments.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
2.2 La prévention et du contrôle des infections est prise en considération et l'avis d'experts en prévention et en contrôle des infections est obtenu au moment de planifier et de concevoir l'environnement physique, y compris les plans de construction et de rénovation.	
2.3 Des conditions ambiantes optimales sont maintenues dans l'environnement physique.	
4.1 Une évaluation des risques est réalisée afin de cibler les activités à risques élevés d'infection et ces activités sont traitées dans les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.	
4.2 Il existe des politiques et des procédures qui correspondent aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables, ainsi qu'aux priorités organisationnelles.	!
4.6 La conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections est vérifiée, et des améliorations sont apportées aux politiques et aux procédures en se servant des résultats qui découlent de ces activités de vérification.	
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont mises à jour régulièrement en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
5.3 Il y a un programme de formation complet sur la prévention et le contrôle des infections, qui est adapté aux priorités, aux services et aux populations d'utilisateurs ou de résidents desservis.	
5.6 L'efficacité des activités menées dans le but de promouvoir la prévention et le contrôle des infections est évaluée régulièrement et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
7.1 Des politiques et des procédures de santé et sécurité au travail sont en place pour réduire les risques de transmission des infections aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	!

13.2	Les mesures de rendement relatives à la prévention et au contrôle des infections font l'objet d'un suivi.	
13.3	Des commentaires sur l'efficacité des activités de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des usagers ou des résidents ainsi que des membres de la famille.	
13.4	Les renseignements recueillis au sujet des activités de prévention et de contrôle des infections sont utilisés pour constater les réussites et faire ressortir les possibilités d'amélioration, puis pour apporter des améliorations en temps opportun.	
13.5	Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux résidents ainsi qu'aux membres de la famille.	

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

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

Lors de la visite d'agrément, le poste de la personne responsable de la prévention et contrôle des infections était vacant.

La supervision des activités est sous la responsabilité d'une infirmière clinicienne de services courants libérée de ses fonctions.

Le secteur responsable de l'entretien ménager collabore étroitement dans la gestion de ce secteur d'activité en assurant ainsi une gestion efficace des lieux où la propreté est à souligner. Par contre, il sera souhaitable de se doter de l'expertise nécessaire en hygiène et salubrité dans un contexte où la désinfection des lieux prend une place essentielle pour combattre les éclosions.

L'organisme n'a pas élaboré une politique et procédure tel qu'il a été recommandé dans le rapport de la visite d'agrément de base réalisée en 2019.

Plusieurs formations ont été données aux intervenants sur le lavage de mains et les précautions additionnelles, mais aucun registre de présences n'a été documenté ni gardé.

Nous recommandons élaborer un programme de prévention et contrôle des infections. Ce dernier pourrait comporter une politique et procédure?; un plan complet de formation spécifique, un registre des formations ainsi qu'un plan pandémie.

Il est à mentionner que l'organisme dispose d'autres documents comme un guide de prévention et pratique de base, certaines politiques et procédures sur la gestion des déchets, la gestion des éclosions qui pourront servir de références pour l'élaboration du programme global tel que recommandé plus haut. Une analyse du risque infectieux selon les services offerts et le type de clientèle desservie pourrait être le

point de départ de la mise en place d'un tel programme.

L'évaluation de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains se fait par un questionnaire rempli par les intervenants à la suite de la formation reçue. Les résultats ne sont pas affichés aux endroits accessibles par le personnel ayant participé à la formation. On suggère de partager les résultats des évaluations.

Il est fortement suggéré de combiner cette évaluation avec d'autres méthodes comme l'observation directe (audit), inclure une question sur le lavage des mains dans un sondage destiné aux usagers au même réalisé des activités d'évaluation lors de la semaine nationale de la sécurité des usagers.

Les unités souillées et propres sont gardées fermées tout le temps. Par contre, des matériaux propres ont été trouvés dans l'unité souillée. On recommande d'augmenter la surveillance de ces deux unités afin d'éviter une potentielle contamination croisée.

Le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) est confié au service de l'URDM de l'Hôpital de Verdun. Une entente est renouvelée automatiquement chaque année. Par contre, l'entente ne prévoit pas que l'URDM fournisse des preuves sur l'assurance qualité du processus de retraitement. Étant donné que l'organisation est le responsable de la qualité des soins, on recommande de demander des preuves d'assurance qualité au fournisseur de service.

Le système de ventilation, chauffage et air conditionné est vétuste. Beaucoup d'efforts sont déployés pour contrôler de manière efficiente et optimale les conditions ambiantes. La température et l'humidité ne sont pas contrôlées, en été pour pallier cette situation, dans le secteur du soutien à domicile, le système de chauffage et de l'air climatisé fonctionnent en même temps.

Nous encourageons l'organisation à reprendre les travaux d'élaboration d'une politique, d'un programme de formation ainsi qu'un programme d'évaluation des activités afin d'établir si les activités menées par les équipes répondent aux besoins de la population et au niveau des risques identifiés.

<p>5.6 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.</p>	
<p>Processus prioritaire : Épisode de soins</p>	
<p>7.11 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.</p>	
<p>7.12 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.</p>	
<p>8.6 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>8.6.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec les usagers et les familles ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>8.6.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	 <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>9.10 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.10.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	 <p>SECONDAIRE</p>

Processus prioritaire : Aide à la décision		
11.3	Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'usager, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.	!
11.5	L'information est consignée dans le dossier de l'usager en partenariat avec l'usager et la famille.	
11.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
12.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
12.3	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
13.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Leadership clinique		

L'équipe s'est fixé comme objectif de maintenir les activités d'amélioration initiées par la démarche de préparation de la visite d'agrément.

La collaboration et l'entraide sont très présentes au sein des équipes.
La gestion en mode de porte ouverte de la coordinatrice est très appréciée par l'équipe.

La répartition des tâches se fait en concordance avec l'expérience et l'expertise des intervenants quand il est possible. Par contre, la polyvalence des intervenants est remarquable.

L'accès aux soins palliatifs est remarquable.

Le soutien des pharmacies communautaires est valorisé par les infirmières rencontrées.

La révision et l'évaluation des services offerts sont à mettre en place afin d'identifier les services qui ne répondraient pas aux besoins de la population desservie

Processus prioritaire : Compétences

La contribution et la participation des usagers dans l'évaluation et détermination des expériences et compétences des membres des équipes sont bien installées dans l'organisation.

L'évaluation du rendement n'est pas réalisée régulièrement. La méthodologie en place (évaluation appelée en 360 degrés) demande beaucoup de temps pour y arriver.

Il est recommandé de revoir la méthodologie afin de faciliter la tâche au cadre supérieur qui n'arrive pas à évaluer tous les membres de leurs équipes.

Bon nombre de formation est offerte aux membres de l'équipe. Cependant, d'autres formations doivent être offertes comme celle sur le cadre d'éthique de l'organisation.

La formation continue est encouragée et soutenue par l'organisation.

L'approche sur la sécurité liée aux pompes à perfusion est complète et bien documentée. Les formations sont données, les usagers sont également formés pour une utilisation sécuritaire.

Par contre, une évaluation doit se faire afin de vérifier l'efficacité de l'approche mise en place.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux services et aux soins est assuré par une gestion efficace des ressources et grâce à la polyvalence des infirmières. Il n'y a pas de liste d'attente sauf pour certaines clientèles.

Il est à souligner l'accès aux soins palliatifs, il est fluide et répond grandement aux besoins des usagers.

L'autonomie des infirmières est remarquable. Elles sont outillées pour prendre en charge certaines maladies chroniques ainsi que l'administration des médicaments. Pour ce faire, les infirmières ont accès aux protocoles de soins infirmiers et au bon nombre des ordonnances collectives.

La participation des usagers et des familles est active. Le plan thérapeutique infirmier est complet et est réalisé pour chaque usager.

Le plan d'intervention individuel est aussi réalisé.

La transmission de l'information lors des transferts est efficace permettant ainsi une prise en charge sécuritaire par les autres fournisseurs de soins.

Le bilan comparatif des médicaments a été implanté en 2020, mais il y a un problème de compréhension commune et de consignation au dossier. L'implication des pharmaciens sera un atout pour la démarche. Il est recommandé d'entreprendre une évaluation afin d'identifier les lacunes et d'établir un plan d'action.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès à un dossier patient très complet. Ce dernier permet aux intervenants de partager toute l'information pertinente assurant une prestation de soins et des services sécuritaires et de qualité.

L'actualisation des politiques et procédures relatives à la gestion et l'accès aux dossiers des usagers doivent être entrepris dans un court délai.

Dans le même ordre d'idée, une politique sur l'utilisation des communications électroniques et sur la divulgation des informations sur la santé pour des fins secondaires (recherche par exemple) doit être élaborée.

Les activités d'évaluation des tenues de dossiers doivent être également reprises le plus rapidement possible.

L'utilisateur peut accéder à son dossier dans le délai prescrit par la loi.

Le respect de la confidentialité est au cœur de la clinique. Des activités de promotion et prévention sont réalisées chaque année lors de la semaine nationale de la confidentialité.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à poursuivre leurs efforts pour mettre en place des activités d'amélioration continue de la qualité.

Les équipes se sont bien préparées, les intervenants rencontrés ont un souci pour la qualité et la sécurité des usagers.

L'évaluation des processus n'est pas structurée. Par contre, il y a une volonté importante de la part des intervenants d'améliorer ce qui facilitera grandement l'implantation d'une démarche structurée d'amélioration continue.

Les équipes doivent choisir des indicateurs de processus et des résultats afin de mesurer la qualité et la sécurité des processus cliniques et organisationnels.

Cette démarche doit prévoir une planification des audits pour vérifier si les critères associés aux indicateurs sont respectés.

Les résultats des évaluations serviront à mieux planifier les activités d'améliorations, qui pourront se matérialiser par des projets d'amélioration captivants.

Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.	
3.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.4 Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.	
5.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
6.4 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.	
6.7 Des politiques et des procédures écrites servent à évaluer chaque usager au point de contact et identifier les usagers qui ont des besoins immédiats ou urgents.	!
6.8 Un processus de soins est utilisé après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les usagers et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
6.9 Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	

8.12	Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
8.13	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
8.19	Une politique de mise à jour de l'information sur les allergies pour chaque usager est établie et suivie.	!
9.5	Au moment de prescrire un médicament, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de l'usager.	!
9.9	Les épreuves diagnostiques critiques sont mises en évidence et on suit un processus distinct du processus habituel afin de s'assurer que le médecin reçoit immédiatement les résultats de ces épreuves.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision		
12.3	Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'usager, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.	!
12.5	L'information est consignée dans le dossier de l'usager en partenariat avec l'usager et la famille.	
12.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
12.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
13.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
13.3	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
14.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
14.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	

14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
16.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
16.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
16.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
16.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

16.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe n'a pas identifié des objectifs spécifiques pour son secteur.

Il est conseillé de mettre en place un comité de travail afin d'identifier des buts et des objectifs annuels afin de pouvoir par la suite attacher des indicateurs et des activités qui permettront de mesurer l'atteinte des objectifs et buts.

Il sera également une bonne idée de bonifier la collaboration et l'entraide avec l'autre secteur clinique au bénéfice de la population du quartier.

Le développement de nouveaux partenariats afin d'augmenter l'offre de service et l'accès à des services spécialisés. Par exemple, des corridors de services avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour les patients vulnérables lorsque la clinique est fermée.

Processus prioritaire : Compétences

Le programme de formation est à bonifier tandis que la gestion et la planification des formations sont à améliorer.

L'organisme devrait planifier de nouvelles formations et mettre en place un registre complet des formations contenant à titre indicatif : nom de la personne, le secteur d'appartenance, la date de la formation ainsi que la date prévue de mise à jour.

Les politiques et procédures sur la santé et sécurité au travail sont à développer.

Une évaluation des risques de l'environnement physique est souhaitable afin d'identifier les risques émergeant pour les usagers et les intervenants.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux services et aux soins est assuré par une gestion efficace de l'accès. Il n'y a pas de liste d'attente sauf pour certaines clientèles.

L'autonomie des infirmières est remarquable. Elles sont outillées pour prendre en charge certaines maladies chroniques ainsi que l'administration des médicaments.

Pour ce faire, les infirmières ont accès aux protocoles de soins infirmiers et au bon nombre des ordonnances collectives.

Elles collaborent à pallier la difficulté d'accès aux médecins.

Il existe des rendez-vous infirmiers qui prennent en charge beaucoup des usagers, aidant ainsi la clinique à se démarquer.

Le bilan comparatif des médicaments a été implanté en 2020, mais il y a un problème de compréhension commune et de consignation au dossier. L'implication des pharmaciens sera un atout pour la démarche.

Les résultats critiques des preuves diagnostiques mettant en danger la santé des usagers lorsque la clinique est fermée (fins de semaine, des jours fériés) pourraient occasionner à un usager de la clinique un tort, car leur état de santé pourrait se détériorer rapidement sans que l'usager le sache (tableaux cliniques asymptomatiques).

Dans ce cas-là, il est fortement recommandé d'identifier les moyens pour que ces résultats soient envoyés et communiqués à un médecin de garde en établissement comme l'urgence d'un hôpital partenaire de la clinique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès à un dossier patient très complet. Ce dernier permet aux intervenants de partager toute l'information pertinente assurant une prestation de soins et des services sécuritaires et de qualité.

L'actualisation des politiques et procédures relatives à la gestion et l'accès aux dossiers des usagers doivent être entrepris dans un court délai.

Dans le même ordre d'idée, une politique sur l'utilisation des communications électroniques et sur la divulgation des informations sur la santé pour des fins secondaires (recherche par exemple) doit être élaborée.

Les activités d'évaluation des tenues de dossiers doivent être également reprises le plus rapidement possible.

L'usager peut accéder à son dossier dans le délai prescrit par la loi.

Le respect de la confidentialité est au cœur de la clinique. Des activités de promotion et prévention sont réalisées chaque année lors de la semaine nationale de la confidentialité.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes ont accès à une panoplie de documents cliniques d'aide à la décision. Des guides cliniques, des protocoles, des lignes directrices basées sont disponibles.

La culture de la mesure est à implanter. L'organisme doit rapidement mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche permettra à l'équipe de mettre en place des activités et des indicateurs afin de mesurer la qualité et l'efficacité des soins et services données à la

population.

L'implication de tous les secteurs cliniques et non cliniques est essentielle à la démarche.

Une deuxième phase de la démarche pourrait conduire à l'organisation vers une évaluation de la performance de la clinique.

Ces gestes bien posés au fil des ans renforceront certainement la culture de la mesure et pourront se répandre dans tous les secteurs d'activité.

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 (2016)

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 : 5 mai 2021 au 28 mai 2021**
- **Nombre de réponses : 8**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	95
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	13	0	88	96
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	75	13	13	75
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	0	100	88

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. 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	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	13	88	96
7. 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	13	88	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	92
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	83	17	0	69
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	13	0	88	92
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	43	29	29	84
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	13	0	88	94
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	20	20	60	74
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	33	17	50	63

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	25	75	78
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	75	0	25	59
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	13	38	50	78
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	50	0	50	45
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	63	13	25	77
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	13	13	75	76
25. 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.	13	0	88	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	17	0	83	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	33	0	67	80
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	13	13	75	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	90

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	14	86	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	14	86	92

*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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	13	13	75	83
34. La qualité des soins	13	13	75	85

*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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

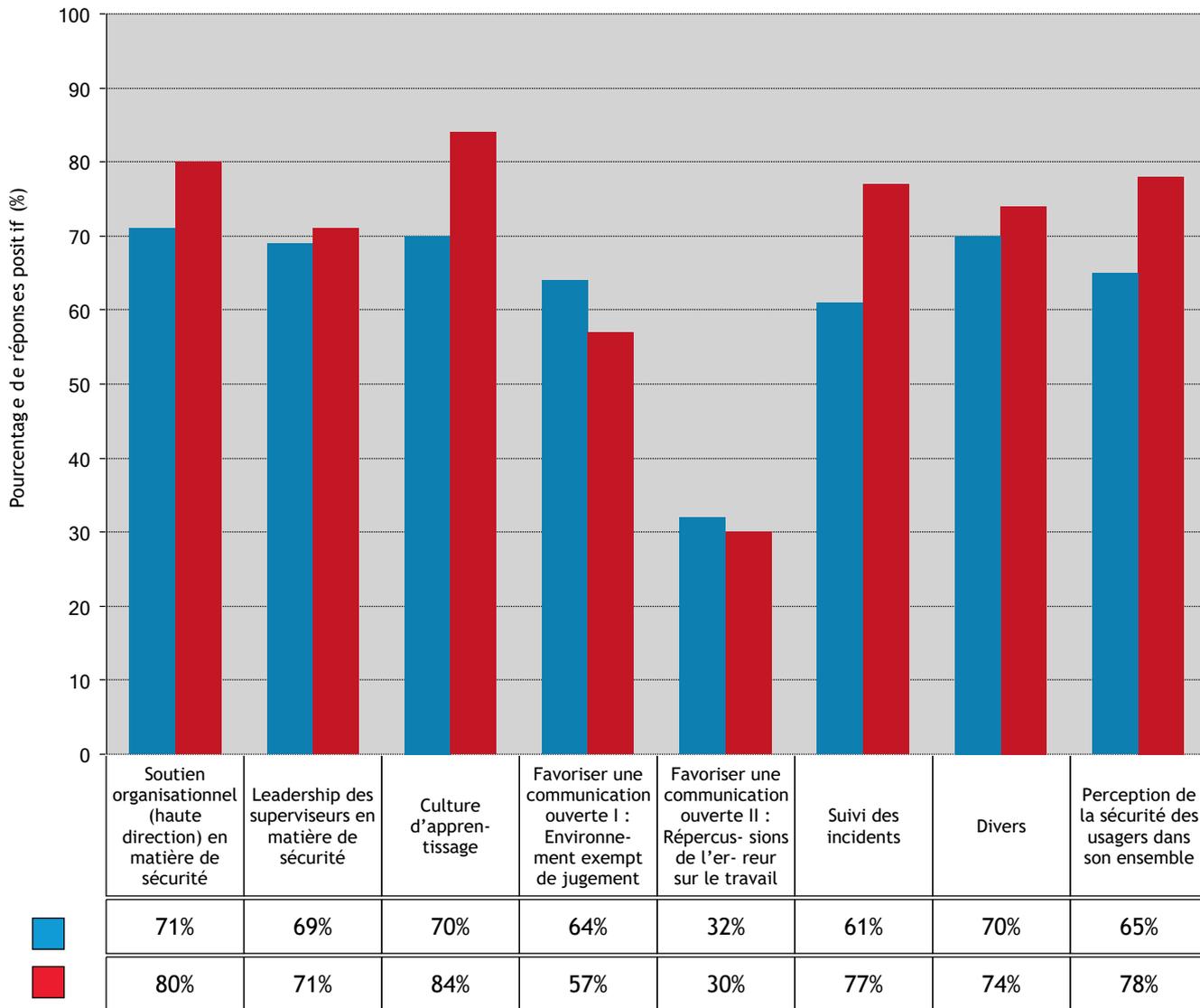
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 6 mai 2021 au 11 juin 2021**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 67**
- **Nombre de réponses : 68**

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



Légende

- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
- * 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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

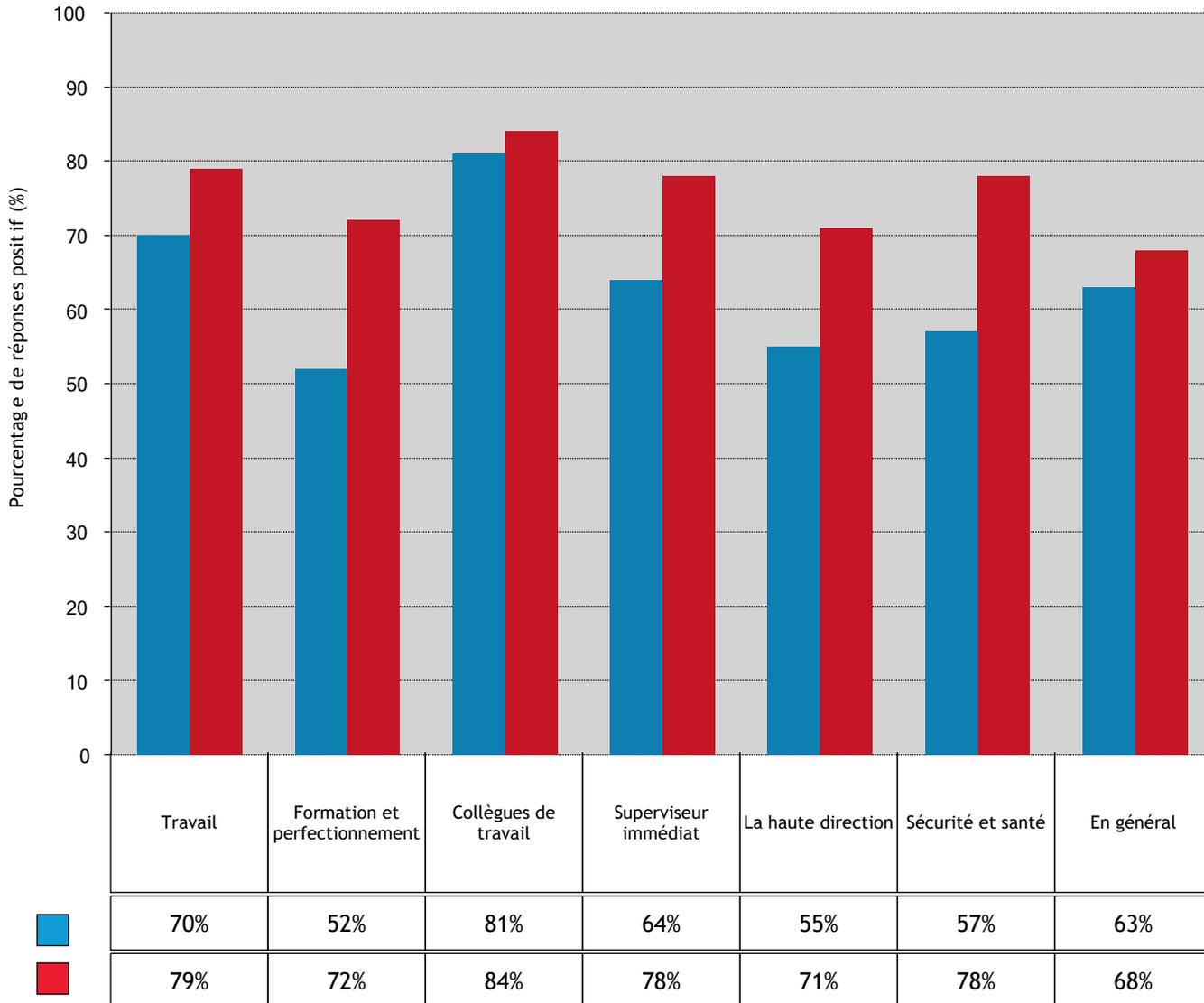
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 29 octobre 2020 au 8 décembre 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 92**
- **Nombre de réponses : 93**

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



Légende

■ Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

■ * 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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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 15 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.

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 appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation 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.