



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Institut de cardiologie de Montréal

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 11 au 14 novembre 2018

Date de production du rapport : 18 décembre 2018

Au sujet du rapport

Institut de cardiologie de Montréal (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 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme de participer 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 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
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	9
Résultats détaillés de la visite	10
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Gouvernance	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	12
Processus prioritaire : Gestion des ressources	13
Processus prioritaire : Capital humain	14
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	16
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	17
Processus prioritaire : Communication	18
Processus prioritaire : Environnement physique	19
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	20
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	21
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	22
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	24
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	24
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	26
Résultats des outils d'évaluation	28
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	28
Annexe A - Programme Qmentum	32
Annexe B - Processus prioritaires	33

Sommaire

Institut de cardiologie de Montréal (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 notamment les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 11 au 14 novembre 2018**

- **Emplacement**

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

1. Institut de Cardiologie de Montréal

- **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
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services









- **Outil**

L'organisme a utilisé l'outil suivant :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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.)	25	0	0	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	169	3	14	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	60	0	0	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	27	0	1	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	246	0	6	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	27	0	0	27
Total	567	3	22	592

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	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Leadership	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (100,0%)	0 (0,0%)	4	142 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	67 (97,1%)	2 (2,9%)	2
Gestion des médicaments	70 (100,0%)	0 (0,0%)	8	62 (100,0%)	0 (0,0%)	2	132 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	83 (100,0%)	0 (0,0%)	5	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	123 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Total	291 (99,3%)	2 (0,7%)	13	259 (100,0%)	0 (0,0%)	8	550 (99,6%)	2 (0,4%)	21

* 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			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Non Conforme	4 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Les visiteurs ont constaté, dès le début de la visite, un environnement de soins et de services cliniques où le sentiment d'appartenance des médecins, professionnels, bénévoles et intervenants est très présent. Tous ont à cœur le patient et ceux-ci témoignent abondamment leur satisfaction.

Une nouvelle dirigeante de l'établissement a été nommée par le Ministre de la Santé et des Services sociaux il y a un peu plus d'une année afin d'agir à titre de Présidente-directrice générale de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Elle siège au conseil d'administration (CA) auprès d'un président de CA expérimenté et différents administrateurs viennent compléter le CA avec des expertises diversifiées et complémentaires. Nous observons dans la gouvernance de l'établissement une grande rigueur de gestion, une préoccupation constante pour les soins et les services à offrir aux patients, mais aussi, un fort désir de soutenir la recherche, l'innovation clinique et technologique afin de demeurer le chef de file en soins cardiaque. Cette équipe est donc à l'affût des enjeux, mais sait aussi saisir les opportunités qui s'adressent à elle.

La communauté est impliquée dans le fonctionnement de l'ICM, plusieurs bénévoles témoignent quotidiennement d'une contribution réellement exceptionnelle. Sur le plan clinique, de nouveaux arrimages deviennent possibles avec la collaboration des soins de première ligne dispensés par les CIUSSS et CISSS du Québec. Cependant, beaucoup de travaux demeurent à réaliser afin d'accroître cet arrimage «première ligne et ICM». À titre d'exemple, depuis récemment, il est désormais possible d'administrer, dans certaines conditions, chez les patients insuffisants cardiaques, un diurétique (Lasix) en injection intraveineuse, ce qui n'était pas possible il y a peu de temps.

La direction de l'Établissement fonctionne réellement en mode de cogestion et la prise de décision est généralement partagée et la présence de consensus est privilégiée. Des ajustements récents ont été apportés à l'organigramme, à titre d'exemple, la responsabilité de la gestion des risques a été confiée à la direction des soins infirmiers, mais encore dans ce contexte de transfert, les analyses à réaliser ou les actions à poser se font en étroite collaboration.

La dotation en personnel des différentes équipes est une haute priorité de la direction des ressources humaines et des stratégies novatrices sont mises de l'avant afin d'atteindre les objectifs de recrutement, mais aussi des stratégies de rétention afin de réduire le taux de roulement sur les postes existants.

La prestation des soins est de grande qualité et la sécurité des soins est une préoccupation de tous les instants. Des mécanismes sont en place lorsque des événements indésirables surviennent et nécessitent un plan d'action.

Enfin, les patients rencontrés témoignent généreusement de leur grande satisfaction pour les services obtenus.

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 : 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 2.12

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.

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.

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

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

Le conseil d'administration (CA) est composé de membres/administrateurs hautement compétents dont l'expertise individuelle est diversifiée et complémentaire. Les échanges avec les membres témoignent d'un fonctionnement efficace du conseil d'administration, les rôles et responsabilités sont définis clairement et la mise en place de divers comités, requis pour l'assurance d'une saine gouvernance, est présente. L'un des comités actifs, «Investir dans l'excellence», s'ajoute à ceux prévus à la Loi et est présidé par le président du CA, lequel veille, entre autres, à l'évolution des différentes phases du vaste chantier de modernisation des infrastructures de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM).

Le CA dispose des mécanismes appropriés permettant d'assurer la saine gestion financière de l'Établissement, la qualité des soins dispensés et la sécurité des patients et de leur satisfaction.

Annuellement, une activité «Les grands enjeux» réunit les membres du CA et les membres de l'équipe de direction de l'ICM. Au cours de cette activité, les participants ont l'occasion d'orienter et préciser les actions auxquelles une priorité sera accordée afin d'appuyer les différents volets de la mission de l'ICM. Cette activité est jugée très mobilisatrice pour les membres du CA et permet d'approfondir la connaissance des activités et des enjeux de l'Établissement.

La planification stratégique 2015-2020 a été élaborée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux depuis l'avènement de la Loi 10 et l'ICM appuie celle-ci. En complément, l'ICM a bonifié certains aspects distinctifs à cette planification stratégique tout en préservant sa cohérence.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

L'ICM dispose d'une planification stratégique qui découle des orientations ministérielles, laquelle est bonifiée par l'Établissement afin de bien représenter la mission, la vision et les valeurs du milieu. Toutes les personnes rencontrées témoignent et incarnent les valeurs promues par l'ICM, plusieurs exemples démontrent concrètement l'application de celles-ci dans les soins et les services offerts. Un fort sentiment d'appartenance émane des différents intervenants, professionnels, médecins et bénévoles. Des plans opérationnels sont élaborés afin de soutenir l'atteinte des objectifs de l'Établissement.

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)


Les responsabilités de surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources sont respectées pour toutes les dimensions et critères évalués.

La planification financière sous forme de cycle annuel est présente, le suivi périodique et l'analyse des écarts sont effectués. La réallocation des ressources est aussi possible selon des règles internes précises.

Un souci constant de performance est présent et en cohérence avec les enjeux de qualité et sécurité des soins. Un comité de vérification financière, sous le conseil d'administration, est en place et assure un rôle clé pour la saine gestion financière de l'Établissement. Mentionnons également que l'ICM est en équilibre financier depuis plusieurs années, malgré la croissance soutenue de ses activités.

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	
2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre. 2.12.3 La politique précise le nom des personnes ou des postes responsables de sa mise en oeuvre et de son respect.	 PRINCIPAL

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

Il y a un sentiment général de bonne ambiance de travail ainsi qu'un personnel et un corps médical très engagés dans l'ensemble de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM).

En plus d'une pratique de recrutement très active, la Direction des ressources humaines, communications et les affaires juridiques (DRHCAJ) a mis en place de nombreuses stratégies innovatrices de rétention du personnel.

Une de ces stratégies a été mise en place à la suite de la mise en œuvre de la politique sur l'environnement sans fumée. Un programme de cessation du tabac a été déployé et des employés qui le souhaitent peuvent bénéficier de ce service personnalisé.

Un programme de retour au travail suite à une absence pour raisons médicales a également été mis en place. Ce programme offre des services tels que la méditation ainsi que du conditionnement physique au centre EPIC pour accompagner les employés dans leur retour à la santé.

D'autres stratégies pour promouvoir un sentiment d'appartenance incluent les "Spectacles de la rentrée" et les journaux hebdomadaires "Nouvelles expresse".

De nombreuses formations, incluant des formations sur la sécurité des patients, sont offertes au personnel de l'ICM afin de maintenir leurs expertises.

Les entrevues de départ ont lieu avec certains employés.

Afin de soutenir la politique sur la promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, l'organisation a mené de nombreuses activités de formation et de sensibilisation concernant cette politique dans l'objectif d'outiller et de responsabiliser le personnel et les gestionnaires à la résolution des situations de conflit au travail.

L'organisation est également encouragé à poursuivre continuellement les analyse et le "monitorage" des risques de violence.

L'ICM est encouragé à préciser, dans cette politique, le nom ou le titre d'emploi des personnes responsables de sa mise en œuvre et de son respect.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Un comité d'amélioration de la qualité très actif est constitué et représenté par des membres issus de toutes les directions de l'ICM. Un calendrier de rencontre (2018-2019) prévoit 10 réunions annuellement afin d'adresser les objectifs d'amélioration et leurs suivis en cours d'année.

La documentation consultée et les échanges réalisés avec la directrice des soins infirmiers et la coordonnatrice du programme de la gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité témoignent d'une réelle gestion intégrée de la qualité avec des plans structurés d'amélioration.

Le programme de la gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité est soutenu par un cadre conceptuel et un plan de sécurité déployé en septembre 2018.

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

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

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

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

Un cadre conceptuel d'éthique existe et est bien connu par le personnel. Ce cadre est soutenu par le travail du Comité d'éthique clinique qui se sent très soutenu par la Direction générale. Ce comité déploie un modèle «Hub and Spoke» et compte 16 membres qui sont très actifs dans la dissémination des séances d'information et de formation.

Les membres du Comité ont exprimé le souhait de développer davantage leur champ d'activité, notamment pour accompagner les équipes de l'implantation des cœurs mécaniques ainsi que pour reprendre leurs participations au comité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé.

L'évaluation éthique pour les projets de recherche est très structurée et une démarche rigoureuse est en place pour l'évaluation et le suivi de projets en cours.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) a mis en place de nombreuses stratégies pour les communications internes et externes. Ces stratégies contribuent à renforcer le sentiment d'appartenance des employés.

Afin de soutenir le grand projet, un plan de communication propre à "Investir dans Excellence" (IDE) est en place et est très complet.

D'autres outils de communication interne incluent le journal « Nouvelles Express » , une page Facebook destinée aux employés, le magazine Rythme, etc.

Pour assurer la cohérence dans l'ensemble de l'organisation, des matrices de cohérence sont déployées dans chaque direction. Des réunions sont également tenues avec l'ensemble des gestionnaires suite à chaque réunion du conseil d'administration afin de s'assurer que l'information est reçue en temps opportun.

Les procédures de demande d'accès à leurs propres dossiers sont expliquées aux patients et les processus sont en place pour contrôler l'accès.

Des processus sont en place pour assurer la sécurité des actifs informationnels.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'entrée principale de l'institut a été relocalisée compte tenu des importants travaux de constructions en cours. Accessible pour les personnes à mobilité réduite, elle est située tout près du stationnement qui comporte des zones sécurisées afin de bien circonscrire la circulation des piétons et des voitures.

Dans l'ensemble, les installations sont propres malgré la vétusté de certains secteurs.

Le gestionnaire responsable de la récupération et du recyclage est très concerné par cette responsabilité. Il siège à différents comités du ministère, notamment le comité de développement durable et celui de l'approvisionnement responsable. Il est donc aux premières loges pour la mise en œuvre d'initiatives dans l'établissement. Il a instauré un système de récupération dans le secteur du bloc opératoire (Papiers, enveloppes, champs etc.) qui a suscité une excellente participation de la part du personnel.

L'équipe d'hygiène et de salubrité a procédé à une révision des routes de travail afin, d'une part, de réduire les secteurs à couvrir par les employés et d'autre part, responsabiliser ceux-ci à l'application de nouvelles procédures d'entretien d'équipements et de matériels communément appelés « Équipements de zone grise ». Cette nouvelle façon de faire est maintenant intégrée, elle a permis de récupérer du temps de préposé; un ajout important pour les soins et services aux patients.

Nous encourageons le responsable à faire des appréciations de la qualité des activités de nettoyage de façon assidue et régulière afin de maintenir un niveau de compétence élevé et une mobilisation des membres de l'équipe.

L'aménagement de locaux temporaires, fonctionnels et spacieux ont permis de relocaliser certains secteurs touchés par la nouvelle construction. Les nouveaux espaces contribuent à assurer la sécurité des patients et du personnel. Cette décision gagnante est certainement un gain d'efficacité pour éviter une cascade de déménagements successifs qui auraient certainement perturber les activités.

Les patients rencontrés nous ont témoigné leur satisfaction et partagé un sentiment de fierté au regard de l'institut et ce malgré les désagréments occasionnés par les nombreux changements en lien avec les travaux de construction.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

Un plan des mesures d'urgence est en place et est en cours de révision afin de se conformer au gabarit montréalais.

Depuis la dernière visite d'agrément, l'organisation a déployé beaucoup d'efforts pour répondre aux recommandations, notamment

- Simulations et formations incendie
- Formation des boutons d'ouverture d'urgence
- Formation sur le code orange
- Formations des mesures d'urgence lors de la journée d'accueil
- Exercices d'évacuation pour certains secteurs

Cela dit, les exercices d'évacuation n'ont été effectués que dans les secteurs où les patients sont moins limités de mobilité, comme le Centre de petite enfance Cardio-Puces, le Centre de recherche, et le centre EPIC. D'autres secteurs ont reçu des simulations et de la formation.

Un bilan est effectué après chaque exercice et simulation et des recommandations sont émises aux personnes responsables de ces secteurs. Toutefois, l'organisation est encouragée à effectuer un suivi de ses recommandations et à documenter les dates d'achèvement ou les dates de mise en œuvre des mesures correctives.

L'organisation est également encouragée à se doter d'un calendrier pour les simulations/exercices afin de s'assurer que chaque secteur est couvert sur une base régulière.

Au fur et à mesure que le projet IDE avance, l'organisation est encouragée à continuer à évaluer les risques et effectuer des ajustements nécessaires au PMU pour répondre à l'évolution de l'environnement physique.

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.

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

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

Un comité des usagers, composé de membres engagés, est en place dans l'Établissement et est très actif afin d'améliorer l'expérience des patients de l'ICM. Un souci constant est présent pour la qualité des services offerts et le comité mentionne le soutien offert par les membres de la direction de l'Établissement afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs. L'équipe des bénévoles a augmenté considérablement afin de pallier les besoins grandissants de la clientèle ambulatoire et hospitalisée. Mentionnons que l'effort de ce recrutement a été rendu possible, entre autres, par la contribution et la participation active de la direction des ressources humaines. Certains bénévoles au sein du comité contribuent, sous forme de témoignages, à soutenir les patients appelés à vivre une expérience de soins pouvant être difficile. Cette approche est très appréciée des patients et contribue à soutenir le processus de prise de décision, le cas échéant.

Un projet d'envergure «Devenir partenaires en santé, l'approche patient partenaire!» est aussi en déploiement avec une stratégie soutenue par la haute direction. Pour y parvenir, un comité stratégique a été mis en place dont la mobilisation des membres est exemplaire par l'ambition et la portée du projet ayant pour objectif d'atteindre des résultats de santé optimaux en matière de santé et de services sociaux en accord avec le projet de vie du patient. Cette initiative, permettra au sein de l'ICM, le développement de la culture et des compétences propres au «Patient partenaire» ainsi que l'engagement de celui-ci pour l'amélioration de la qualité des soins.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

L'Institut de Cardiologie respecte le code du bâtiment et les normes de sécurité en vigueur.

L'établissement dispose d'un processus pour sélectionner et acheter l'équipement et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir les fournisseurs compétents. La formation du personnel est toujours offerte lors de nouvelles acquisitions.

Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie. Le logiciel utilisé est très intuitif et performant, il est muni, entre autres, d'alertes pour les échéanciers et des modules de tâches rattachés à chacun des entretiens pour chacun des types d'appareils ou équipements. Des rapports sont aussi générés et un processus d'évaluation de l'efficacité du système est en place. Des indicateurs de performances au regard à la criticité sont définis et suivis par les gestionnaires. Il est à noter que l'efficacité est au rendez-vous.

Il nous apparaît important de souligner le développement de différents outils de suivi pour des entretiens spécifiques d'équipement en l'occurrence celui concernant les tabliers plombés utilisés dans les secteurs d'activités. La mise en place de ces outils permet aussi de prévenir et repérer d'éventuelle défaillance d'un appareil ou instrument qui pourrait compromettre la sécurité des patients.

L'équipe du service de génie biomédical (GBM) est responsable de la gestion des alertes médicales et des rappels. Elle a un rôle de coordonnateur et d'expert-conseil. L'objectif étant d'assurer une uniformité dans le processus, garder une trace sur le suivi et la résolution des interventions ainsi que de limiter les coûts liés aux alertes. Il s'agit d'une initiative qui assure la sécurité des patients et du personnel.

Un sondage d'évaluation de la satisfaction de la clientèle a été distribué dernièrement pour sonder différents éléments tels que : la réponse aux besoins des équipements, l'état de ceux-ci, la prise en compte de l'opinion des clients par le service de GBM, etc. Après l'analyse des résultats, l'équipe a développé une application complémentaire à celle existante. Application qui permet à l'utilisateur de suivre en temps réel l'évolution de sa requête par le service du GBM. Ce qui est très apprécié des utilisateurs.

Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables

L'aménagement des locaux est, à toute fin pratique, parfait. Tout est mis en place pour assurer la mise en œuvre des meilleures pratiques. Les espaces de travail dédiés sont spacieux, lumineux et sécuritaires. Ils sont conformes aux normes en vigueur.

Les appareils et équipements nécessaires au retraitement sont à la fine pointe de la technologie. Ils sont installés et entretenus selon les spécifications et les qualifications d'installation des fabricants. Le département de génie biomédical a la responsabilité de la gestion du programme d'achat, de rehaussement et de remplacement des équipements. Il travaille en collaboration avec le secteur des achats et l'unité de retraitement pour cibler l'ensemble des besoins afin de répondre aux normes et aux meilleures pratiques.

Les procédures opératoires normalisées sont élaborées et sont respectées par l'équipe. Le système informatique en place permet le suivi des procédures en temps réel et assure une sécurité à toutes les étapes du processus. Il demeure une étape manquante concernant la traçabilité des instruments intégrés dans un caisson. Le projet d'acquisition d'un logiciel en cours permettra de régler la situation. Il s'agit d'une étape cruciale dans le processus afin d'être en mesure de réagir à une situation à risque pour la sécurité des patients

Un programme d'entretien préventif est mis en œuvre, pour se faire, l'établissement fait appel à des fournisseurs externes sous contrat. Le suivi est assuré par le département de génie biomédical. Celui-ci s'assure de tenir un registre à jour, de suivre le respect des échéanciers déterminés et la conformité aux procédures.

La gestionnaire, en poste depuis quelques mois, supervise à la fois le bloc opératoire et l'URDM (Unité de Retraitement des Dispositifs médicaux). Elle exerce un leadership de proximité qui favorise un climat de travail sain.

L'on retrouve des audits et des contrôles de qualité réguliers à différentes étapes du processus de retraitement. Il existe une liste de projets d'amélioration de la qualité 2018-2020, cependant, nous encourageons l'équipe à procéder à la mise à jour du plan d'amélioration de la qualité, regrouper les différentes activités, définir les objectifs à atteindre, des indicateurs mesurables afin de bien documenter l'état d'avancement, la mise en œuvre et le suivi.

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 :

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) compte 12 pharmaciens. Les pharmaciens et les assistants techniques en pharmacie sont déployés et intégrés dans toutes les équipes interdisciplinaires. Ils offrent du conseil et des suggestions quant aux approches thérapeutiques basées sur les données probantes.

L'organisation a abordé la recommandation émise lors de la dernière visite d'agrément en mettant à jour la politique concernant la mise à jour de la bibliothèque de médicaments, le contournement de la bibliothèque des médicaments et le suivi de ces contournements.

Afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens, les pharmaciens prennent connaissance 2 fois par jour des résultats des cultures et évaluent l'utilisation des antibiotiques de chaque patient en conséquence.

Un pharmacien est disponible 24 heures par jour, 7 jours sur 7. De plus, les processus de gestion de médicaments ainsi que les outils de travail et les formulaires se retrouvent sur le portail accessible à l'ensemble de l'ICM.

Les ordonnances médicales sont écrites en manuscrits, numérisées et transmises à la pharmacie. L'ICM est encouragé à poursuivre leurs réflexions dans le développement du projet «hôpital numérique» afin d'identifier des stratégies pour réduire les potentiels d'erreurs dans ce processus.

Le bilan comparatif de médicaments (BCM) est une pratique bien intégrée dans toutes les équipes. Le BCM est réalisé du moment de l'inscription à l'urgence ou d'admission, et à tous les points de transition.

L'équipe de la pharmacie réalise plusieurs audits afin d'assurer le respect des processus de gestion des médicaments, incluant l'utilisation des abréviations, la double vérification, le bilan comparatif de médicaments, etc. La conformité à ces procédures est variable, et des mesures correctives sont apportées en conséquence.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.4 Des politiques et des procédures sur les appareils et instruments médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont en place.	!
7.2 Une politique d'immunisation est élaborée ou adoptée pour procéder au dépistage auprès des membres de l'équipe et leur offrir la vaccination.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

Le comité de prévention et de contrôle des infections est un comité multidisciplinaire composé de différents professionnels, notamment, un médecin microbiologiste infectiologue, le responsable des services d'hygiène et de salubrité; une conseillère-cadre infirmière clinicienne spécialisée, désignée pour assurer la coordination professionnelle des activités; une infirmière clinicienne en soins infirmiers; et toutes deux sont formées en PCI (Prévention et Contrôle des infections).

Une équipe engagée, rigoureuse est disponible pour les intervenants sur le terrain. L'enthousiasme qui l'anime contamine tous ceux qui les entoure. Elle a la prévention « Tatouée sur le cœur ! »

L'équipe est constamment en mode d'amélioration et recherche l'innovation.

La mise en place de procédures conformes aux meilleures pratiques, l'utilisation de matériels dédiés, l'élaboration d'outils d'aide à la décision, le montage de matériel en disponibilité dans les chariots, toutes ces initiatives favorisent une saine gestion des isolements. De plus, elles contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Il existe une excellente collaboration entre les membres de l'équipe PCI et le responsable des services d'hygiène et salubrité, ils ont développé une belle synergie d'équipe. Avec une approche mobilisatrice mettant l'accent sur l'apport important de chaque membre de l'équipe, ils contribuent à développer le souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients et de tout le personnel.

La mise en place d'un système de surveillance des infections nosocomiales et la réduction des taux d'infection est efficace. Cette surveillance permet entre autres de dépister précocement les éclosions, d'identifier les patients à risque et les facteurs liés aux infections nosocomiales, de mettre en place les mesures appropriées pour prévenir et contrôler les infections et d'assurer la sécurité des patients.

L'évaluation générale du programme de PCI est effectuée tous les cinq ans afin d'avoir des données sur l'atteinte des buts et des objectifs. Cette évaluation se fait avec des indicateurs de structure, de processus et de résultats. Précisément; ce sont les gains ou les modifications dans l'état de santé du patient qu'on peut ou croyons pouvoir imputer aux soins et services reçus.

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 : 13 août 2018 au 30 octobre 2018**
- **Nombre de réponses : 18**

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	6	94	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	63	31	6	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	18	18	65	S.O.

	% 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	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	6	0	94	S.O.
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	0	100	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	44	31	25	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	18	82	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	6	12	82	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	6	18	76	S.O.

	% 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 revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	6	6	88	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	8	15	77	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	6	18	76	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	41	35	24	S.O.
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.	6	19	75	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	12	88	S.O.
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.	0	6	94	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	67	20	13	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	6	94	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	6	0	94	S.O.

	% 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	24	76	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	13	88	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	14	86	S.O.
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	12	12	76	S.O.
34. La qualité des soins	12	6	82	S.O.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

Tout au long du cycle de cinq 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
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.