



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## Rapport d'agrément

**Institut Philippe Pinel de Montréal**

Montréal, QC

*Dates de la visite d'agrément : 26 au 29 mai 2014*

*Date de production du rapport : 12 juin 2014*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services*

*Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par l'ISQua

## Au sujet du rapport

Institut Philippe Pinel 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 mai 2014. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>10</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>11</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	12
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	14
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	15
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	16
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	17
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	19
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	20
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	21
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	22
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	23
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	24
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	25
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	25
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	27
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale</i>	28
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>31</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	31
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	35
4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	37
<b>Annexe A Programme Qmentum</b>	<b>39</b>
<b>Annexe B Processus prioritaires</b>	<b>40</b>

## Section 1 Sommaire

Institut Philippe Pinel 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 les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Institut Philippe Pinel de Montréal a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 26 au 29 mai 2014**

- **Emplacements**

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

% Insitut Philippe-Pinel 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 Normes sur le leadership
- 2 Normes sur la gouvernance
- 3 Gestion des médicaments
- 4 Prévention des infections

***Normes sur l'excellence des services***

- 5 Services de santé mentale









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

### 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	30	0	0	30
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	18	0	0	18
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	144	2	23	169
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	53	3	1	57
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	38	0	1	39
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	12	0	0	12
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	212	9	9	230
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	24	1	0	25
<b>Total</b>	<b>531</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>580</b>

## 1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0	33 (97,1%)	1 (2,9%)	0	74 (94,9%)	4 (5,1%)	0
Normes sur le leadership	40 (88,9%)	5 (11,1%)	1	81 (95,3%)	4 (4,7%)	0	121 (93,1%)	9 (6,9%)	1
Prévention des infections	34 (100,0%)	0 (0,0%)	9	39 (100,0%)	0 (0,0%)	1	73 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Gestion des médicaments	62 (100,0%)	0 (0,0%)	16	60 (100,0%)	0 (0,0%)	4	122 (100,0%)	0 (0,0%)	20
Services de santé mentale	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	120 (100,0%)	0 (0,0%)	0
<b>Total</b>	<b>209 (96,3%)</b>	<b>8 (3,7%)</b>	<b>26</b>	<b>301 (98,4%)</b>	<b>5 (1,6%)</b>	<b>5</b>	<b>510 (97,5%)</b>	<b>13 (2,5%)</b>	<b>31</b>

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

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	1 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3

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

## 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est affilié à l'Université de Montréal et détient des contrats d'enseignement avec plusieurs Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) dans les disciplines médicales, professionnelles et techniques. L'établissement s'est illustré récemment par la mise sur pied du premier programme francophone de spécialité psychiatrique en psychiatrie légale, reconnu par le Collège royal des médecins du Canada et débutant à l'été 2014. Le Centre de recherche, affilié au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, s'implique activement dans la recherche clinique reliée aux domaines d'expertise clinique de l'établissement.

Plusieurs changements sont survenus au niveau de la gouvernance et de l'équipe d'encadrement depuis la dernière visite : changement de la majorité des membres du conseil d'administration due à la nouvelle loi entrée en vigueur en février 2012, nouvelle directrice générale depuis janvier 2013, de même que plusieurs nouveaux directeurs et gestionnaires. Le départ d'un nombre important de personnes ayant atteint presque en même temps l'âge de la retraite depuis les 3 à 5 dernières années, pose un défi de taille pour la continuité de l'expertise avec le type de clientèle desservie et l'intégration de la nouvelle main-d'œuvre. La gestion des ressources représente aussi un défi important au moment où l'établissement fait face à des contraintes financières majeures qui nécessitent l'application de compressions budgétaires importantes. L'équilibre budgétaire 2014-2015 est actuellement compromis par un déficit important, convenu avec l'Agence régionale, et dont la régularisation repose sur des comptes client non encore négociés. Cette situation peut mettre à risque la dispensation des soins et services à la clientèle de l'établissement.

Les liens avec les partenaires sont bien établis, notamment avec les services de détentions du Québec et les Services correctionnels du Canada. Les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région ont connu un renforcement avec les travaux qui ont été entrepris sur la hiérarchisation des services de psychiatrie légale et sur les défis financiers importants qui confrontent les établissements à vocation psychiatrique de la région de Montréal.

Au niveau de l'organisation des soins, l'établissement a déployé d'importants efforts pour adresser la problématique de la sécurité des patients et du personnel dans une perspective d'adaptation des soins plutôt que dans une optique répressive, entraînant des aménagements particuliers, des programmes de formation étendus et des modifications dans les pratiques courantes.

Néanmoins, les sondages d'Agrément Canada sur la culture de sécurité des patients et le climat de travail témoignent d'une très grande préoccupation du personnel autour de toute la dimension de sécurité des patients et du personnel dans l'établissement.

Tout le processus de soins est bien structuré et mis en application. Le traceur effectué a démontré que ce processus et les outils cliniques sont bien implantés. Avant l'admission d'un patient, les responsables prennent toutes les informations qui concernent le patient, et ce, auprès des partenaires de services. Lors de l'admission, le personnel connaît, en partie, les particularités du patient et personnalise son accueil. Dès l'admission, le personnel élabore une collecte de données sur l'aspect global des besoins des patients. Inévitablement, le facteur de risque de suicide est pris en considération. L'équipe des soins prend les moyens pour assurer la sécurité du patient concerné et celle des autres patients. La sécurité demeure une préoccupation constante, cependant la sécurité ne devrait pas compromettre une approche thérapeutique centrée sur le patient.

La collecte de données se fait dans un court délai afin d'élaborer le plus tôt possible le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de services. Le patient et sa famille sont des acteurs sollicités tout au long de cette démarche. De plus, l'évaluation du risque de chutes est prise en considération. Des mesures alternatives sont mises en place pour assurer la sécurité du patient démontrant un risque de chutes et ce, malgré les difficultés reliées à l'aspect légal et l'agressivité de la clientèle.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est bien implanté et le personnel infirmier contribue à sa réalisation.

L'implication du service des loisirs pour la réalisation d'activités avec les patients est à souligner. Par exemple, la réalisation d'un jardin et d'un potager ainsi que des aménagements récréatifs.

Bien que le personnel travaille dans un contexte dont la violence et les comportements agressifs sont présents, les équipes sont dynamiques, engagées et soucieuses de la qualité de leurs services.

De plus, tous les membres des équipes semblent être valorisés dans l'accomplissement de leur travail.

Un sondage d'évaluation de la satisfaction des patients a été fait par le Comité des usagers en 2011. L'Institut est invité à réaliser périodiquement un sondage d'évaluation de la satisfaction.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b> L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Plan de sécurité des patients</b> L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Normes sur le leadership 15.1</li> </ul>

### Section 3 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
<b>PRINCIPAL</b>	Test principal de conformité aux POR
<b>SECONDAIRE</b>	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

#### 3.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance</b>	
1.1 Le conseil d'administration définit et met régulièrement à jour ses rôles, ses responsabilités et ses obligations redditionnelles, s'il y a lieu.	!
1.5 Le conseil d'administration élabore des règlements et des politiques, et les met à jour régulièrement selon un processus établi.	
1.6 Les règlements et les politiques du conseil d'administration sont conformes à son mandat, à ses rôles, à ses responsabilités et à ses obligations redditionnelles.	!
6.1 Le conseil d'administration supervise le processus de planification stratégique et guide les dirigeants de l'organisme dans l'élaboration et la mise à jour de la vision et du plan stratégique de l'organisme.	!

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

Le sondage d'Agrément Canada sur la gouvernance démontre que les membres du conseil d'administration souhaitent participer plus activement dans le prochain exercice de planification stratégique.

Au niveau des politiques relevant du conseil d'administration, plusieurs d'entre elles doivent être révisées, certaines n'ayant pas été révisées depuis plus de 10 ans et même davantage.

Le règlement de régie interne du conseil d'administration date de 2010 et ne reflète pas les changements survenus à la loi, lesquels s'appliquent depuis le 1er février 2012.

Le comité de vérification ne possède pas un mandat suffisamment élargi pour refléter l'esprit et la lettre de la nouvelle loi et devrait se réunir de façon régulière, bien au-delà des deux réunions annuelles actuellement planifiées.

### 3.1.2 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
6.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore des plans opérationnels annuels pour appuyer l'atteinte des plans stratégiques ainsi que des buts et objectifs, et pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.2 Au moment d'élaborer les plans opérationnels, le personnel d'encadrement de l'organisme obtient les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires, et communique les plans à l'échelle de l'organisme.	
6.3 Les plans organisationnels déterminent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services et atteindre le plan, les buts et les objectifs stratégiques.	

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

Le plan stratégique 2012-2015 a été élaboré par l'équipe d'encadrement et a été largement diffusé, de même que la vision et les valeurs qui le supportent. Les indicateurs de résultats sont suivis au comité de direction et au conseil d'administration.

L'adaptation de l'offre de services s'est faite en lien avec l'évolution des besoins de la communauté, notamment en lien avec des programmes particuliers pour les femmes détenues, des services aux jeunes en externe, de la clinique réseau jeunesse et des délinquants dangereux.

L'exercice régional de hiérarchisation des services en psychiatrie légale qui est en voie de se terminer est une autre initiative marquante de l'établissement, en lien avec la planification stratégique 2012-2015. Ce dernier permettra de recentrer l'offre de services autour de la mission première de l'établissement et d'enrichir la complémentarité dans le réseau de partenaires impliqués.

D'autre part, bien qu'il existe un mécanisme de suivi des orientations du plan stratégique 2012-2015, il n'existe pas de plans opérationnels annuels avec des objectifs annuels qui intègrent ces orientations et les nouveaux défis auxquels l'établissement est confronté. Cet exercice permettrait d'impliquer les gestionnaires et leurs équipes.

### 3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
8.11 Le personnel d'encadrement de l'organisme veille à ce que celui-ci gère les ressources financières et produit des rapports conformément aux exigences d'ordre légal (p. ex., la vérification, la gestion d'une situation de déficit).	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le processus de planification budgétaire est bien établi et s'appuie notamment sur les orientations stratégiques, sur la participation des gestionnaires et sur des mécanismes de suivi réguliers.

L'équilibre budgétaire 2014-2015 est actuellement compromis par un déficit important, convenu avec l'Agence régionale, et dont la régularisation repose sur des comptes clients non encore négociés. Cette situation peut mettre à risque la dispensation, la qualité et la sécurité des soins et des services à la clientèle de l'établissement.

Le processus de vérification interne mériterait d'être appuyé davantage par un comité de vérification du conseil d'administration qui se réunirait plus régulièrement et dont le mandat devrait être en lien avec les lois et les règlements en vigueur.

### 3.1.4 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
10.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement les liens hiérarchiques et l'étendue des responsabilités des cadres.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le sondage PULSE sur la qualité de vie au travail et le sondage sur la culture de sécurité des patients faits en préparation de la présente visite, démontrent des enjeux reliés à la communication avec les niveaux supérieurs et la sécurité du milieu de travail. Des actions ont déjà été entreprises afin d'y remédier notamment avec un nouveau plan de communication qui a été élaboré, de la formation ainsi que de nouvelles approches ont été mises en place afin d'aborder la sécurité dans le prolongement des pratiques de soins.

Un code de civilité a été mis en place et largement communiqué aux gestionnaires et à l'ensemble des employés, appuyé par des programmes de formation, une approche d'analyse factuelle et un programme postévénement critique.


Il existe une politique de vaccination du personnel, notamment concernant la prévention de l'influenza, mais le taux de vaccination annuel ne dépasse pas 20 %.

Le programme d'évaluation au rendement du personnel n'atteint pas les cibles établies à l'échelle de l'établissement. D'autre part, les mécanismes d'évaluation lors des périodes de probation sont bien en place et un mécanisme de rétroaction électronique efficace a été implanté pour remplacer les entrevues de départ.

Plusieurs formations touchant de près ou de loin la sécurité des patients ont eu lieu, par exemple sur le droit de refus de travailler, sur l'analyse postévénement critique, sur la communication et la civilité ainsi que sur la gestion du changement.

### 3.1.5 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
3.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme fournit les ressources pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité.	
3.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme participe à la gestion des principaux projets d'amélioration de la qualité.	!
15.1 L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.	 <b>PRINCIPAL</b>
15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers par écrit, sous forme de priorité ou de but stratégique.	
16.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité.	!
16.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme vérifie si les plans d'amélioration de la qualité et les changements qui s'y rattachent sont mis en oeuvre.	!

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

L'équipe de direction est félicitée pour la mise en place de l'initiative « Bons coups » qui permet aux membres du personnel et aux équipes de faire-valoir à l'ensemble de l'établissement leurs réalisations pour améliorer les soins et les services aux patients.

L'équipe de direction doit s'impliquer davantage dans la priorisation des projets d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques, les communiquer à l'ensemble du personnel et s'assurer du suivi des résultats en complémentarité avec le conseil d'administration, son comité de gestion des risques et son comité de vigilance.

Le comité de gestion des risques est fonctionnel. Cependant, il y aurait lieu de mettre en place un comité de coordination de l'amélioration continue de la qualité qui supporterait l'adjointe à la qualité et à la gestion intégrée des risques et dont les travaux feraient partie de la reddition de compte au comité de direction et au conseil d'administration et à ses comités.

La coordination requise pour supporter le programme d'amélioration continue de la qualité et le programme de gestion intégré des risques mérite d'être restructurée.

Dans une approche intégrée de la gestion des risques, il y aurait lieu de s'interroger sur la gestion des déclarations des incidents/accidents qui relève actuellement de la conseillère en prévention des infections.

La prise d'otages survenue en 2011 a été l'occasion de revoir l'ensemble des mesures en place pour assurer la sécurité du personnel et des patients. Plusieurs chantiers comportant des dimensions prospectives ont été mis en place avec les partenaires internes et externes concernés afin de faire évoluer toute l'approche de sécurité à l'intérieur de la philosophie d'intervention clinique qui caractérise la mission hospitalière de l'établissement.

Il existe une politique de gestion intégrée des risques et d'amélioration de la qualité de la direction générale datant de 2009 qui a été entérinée par le conseil d'administration en avril 2014. La politique définit bien la portée de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion intégrée des risques ainsi que les responsabilités des divers niveaux hiérarchiques de l'établissement. Il n'existe cependant pas d'exercice annuel de priorisation de l'équipe de direction, avec les gestionnaires et leurs équipes, pour établir les objectifs sur lesquels l'établissement veut faire converger ses efforts en vue d'améliorer significativement la qualité de ses services et la sécurité des patients dans un plan intégré. Les plans d'action annuels reliés à ces objectifs, de même que tous les indicateurs de qualité et de gestion de risques déjà en place devraient faire l'objet d'une approbation par le comité de direction et le conseil d'administration, incluant ses comités de gestion de risques et de vigilance.

Il n'existe aucun plan de sécurité des patients, intégrant l'ensemble des dimensions de la sécurité et supporté par l'équipe de direction et le conseil d'administration.

### 3.1.6 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)

L'établissement possède les mécanismes nécessaires pour soutenir les équipes en lien avec des questions éthiques, que ce soit avec le comité d'éthique clinique ou avec le comité d'éthique de la recherche.

Au niveau de l'éthique clinique, le comité se réunit régulièrement et a notamment concentré ses actions sur l'amorce de la révision du code d'éthique, sur l'uniformisation des règles de vie des patients, sur les principes éthiques reliés à l'application de diverses politiques et procédures, sur la formation des équipes et des gestionnaires sur les principes et le cheminement éthiques. L'orientation du comité prévoit que chaque membre a la responsabilité de soutenir un secteur clinique donné en matière d'accompagnement éthique.

Le comité d'éthique de la recherche est également très actif et agit dans le respect du cadre réglementaire de la recherche de l'établissement et bénéficie de l'accréditation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au cours de la dernière année, près de 25 nouveaux projets ont été étudiés et une cinquantaine d'autres font l'objet d'un suivi régulier à la suite de leur approbation.

### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'Institut Philippe Pinel par sa mission, génère de nombreux besoins de communication.

Le service de communication dans l'établissement est soutenu par deux personnes compétentes, l'une dédiée pour les relations extérieures et l'autre pour les relations intérieures. Des plans de communication ont été amorcés, mais mériteraient d'être étoffés et déclinés.

Quoi qu'il en soit, l'établissement s'est doté de différents canaux d'information, qui permettent une hiérarchisation de l'information que ce soit vers l'externe par la voix de son centre de recherche ou par les communications en direction de ses différents partenaires impliqués sur l'ensemble du territoire du Québec, ou à l'interne par le soutien des différents systèmes de communication mis en place. L'excellente collaboration entre les services informatiques et les archives est à souligner. Le service informatique vient de déposer un plan opérationnel des ressources informationnelles afin de mettre en oeuvre des projets dont les impacts organisationnels seront une plus value très intéressante pour l'établissement.

La communication est un grand enjeu, car par elle, l'organisme gère son image, peut expliciter ses mandats auprès du grand public et auprès du réseau afin de renforcer son statut de troisième ligne qui lui est dévolu.

### 3.1.8 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)

Plusieurs interventions ont été mises en place pour corriger des situations ayant des risques pour la sécurité des patients. Un plan triennal a été élaboré pour 2013/2016, après l'évaluation des besoins et le maintien d'actifs, concernant la vétusté de certaines installations.

Des interventions à court terme et à moyen terme ont été faites pour répondre à des besoins immédiats pouvant mettre en péril la sécurité de la clientèle. À titre d'exemple, quelques procédures sont mises en place pour répondre à des besoins urgents telles que des pannes d'électricité et la contamination d'eau potable. Pour les autres interventions plus à long terme, elles font partie des projets à venir, et ce, selon les dégagements financiers possibles de l'organisme.

Un système d'inspection préventive est en place pour maintenir à jour les réparations nécessaires.

De plus, un plan pour caractériser les espaces dans l'environnement possédant de l'amiante a été élaboré. Une période de sensibilisation et un programme de formation ont été donnés au personnel afin de mieux les outiller pour assurer leur travail dans un milieu plus sécuritaire.

Les espaces sont utilisés de façon sécuritaire, le matériel n'encombre pas les corridors. Les produits concentrés sont entreposés selon les normes de sécurité. L'environnement physique est organisé de façon à répondre aux normes de sécurité pour la clientèle et le personnel.

Un projet de compostage est en cours et semble bien se dérouler. La direction et son équipe sont encouragées à continuer à développer et à atteindre les objectifs du développement durable.

La notion de sécurité est très présente dans le quotidien du personnel. Pour compléter la notion de sécurité, il est suggéré de revoir l'emplacement de la console à l'unité D 1 pour diminuer le bruit et ainsi faciliter la concentration du personnel œuvrant à cet endroit.

### 3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

L'établissement est préparé en vue des différentes situations d'urgence qui peuvent se présenter. Il est proactif en la matière.

D'importants efforts ont été mis en oeuvre pour gérer des situations de prise d'otages à la suite de l'évènement de 2011. Cet évènement a été un levier pour revisiter l'ensemble des situations à risque dans l'institut et réviser des procédures comme celle des fouilles, revoir la sécurité dans les différents lieux, l'emplacement du mobilier dans les bureaux, la formation du personnel, etc.

L'Institut Philippe Pinel s'est rapproché du Service correctionnel du Canada, afin d'aller chercher de la formation pour la gestion de crises. Il y a un souci manifeste de maintenir les compétences, dont celle de négociateur.

La prochaine étape prévue est d'harmoniser et d'intégrer le plan de préparation en vue de situations d'urgence aux autres plans en vigueur dans l'environnement proche par exemple l'échappement de gaz toxique.

Le plan de pandémie est à réactualiser dans les meilleurs délais.

### 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

L'établissement répond généralement en temps opportun aux références des services pénitenciers du Québec et des services correctionnels du Canada pour les évaluations et les hospitalisations, de même qu'aux références en provenance des autres hôpitaux du Québec.

Bien que l'accès aux services de l'établissement soit relativement fluide, il n'en reste pas moins que près de 80 patients, dont l'épisode de soins est terminé, demeurent en attente d'une ressource dans la communauté. Ce nombre représente plus de 25 % des lits de l'établissement, lesquels pourraient être occupés plus judicieusement par des clientèles en lien avec la mission supra régionale de l'établissement.

### 3.1.11 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)

Les appareils médicaux utilisés dans le service de radiologie regroupent l'appareil de graphie relié au système PACS en radiologie, aussi, un « panorex », un électrocardiogramme et un électroencéphalogramme.

Des ententes de services sont faites avec des centres de santé et services sociaux (CSSS) aussi avec des cliniques. Ces ententes de services sont nécessaires pour la lecture des examens par le radiologiste. D'autres ententes concernent des examens spécialisés dans un centre hospitalier de soins physiques.

Les entretiens préventifs sont faits par les fournisseurs et tenus à jour par le service. De plus, l'entretien quotidien est fait de façon rigoureuse par le personnel et les produits requis sont utilisés.

La gestion des risques est très bien structurée et organisée. Un contrôle qualité est effectué. Par exemple, la dosimétrie est évaluée et acheminée à Santé Canada pour le contrôle qualité tous les 3 mois. Aussi, un calibrage est fait sur les appareils tous les 6 mois. Des procédures sont en place et sont connues du personnel pour le processus de qualité. Lors des examens, du matériel de soutien est utilisé pour assurer la sécurité de la clientèle.

En ce qui concerne la stérilisation, seul un appareil est dans le bureau du dentiste et tout se fait dans ce local. Une procédure est appliquée en respectant les règles de sécurité et le contrôle qualité est fait et acheminé à la direction des soins infirmiers.

Le personnel est motivé et fier d'accomplir leur travail. Ceci est à souligner

### 3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

#### Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

#### Compétences

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

#### Épisode de soins

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

#### Aide à la décision

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

#### Impact sur les résultats

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


#### 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.

#### 3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.3 L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.</p> <p>Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p>	

2.3.1	L'organisme met en oeuvre un programme de gérance des antimicrobiens.	PRINCIPAL
2.3.5	L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.	SECONDAIRE

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

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le comité pharmacologie est actif et relève du CMDP. Il assume pleinement son rôle et ses responsabilités. Plusieurs politiques et procédures ont été élaborées ou ont été mises à jour afin d'encadrer et sécuriser tout le circuit du médicament. D'ailleurs, deux cartables virtuels sont disponibles sur l'intranet afin de permettre une consultation rapide des politiques et procédures par les infirmières et les pharmaciens.

Le processus relié au bilan comparatif des médicaments aux points de transition est déployé dans tous les secteurs, il est bien intégré par les professionnels. Un audit de qualité en 2012-2013 a démontré un taux moyen de conformité de 93 %.

À la demande des membres du comité de gestion des risques, le service de pharmacie a largement contribué, en collaboration avec la direction des soins infirmiers, à l'élaboration du plan d'optimisation du circuit du médicament. L'organisme est invité à assurer un suivi des indicateurs et à apporter les ajustements nécessaires.

### 3.2.2 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
<p>La conseillère en prévention des infections est dynamique et très centrée sur l'atteinte de résultats. Dès son arrivée en poste, elle a réalisé un audit de qualité sur l'hygiène des mains auprès de tous les membres des équipes de soins dans les quinze secteurs ainsi qu'une activité ludique pour la sensibilisation des patients à l'hygiène des mains. À la suite d'un épisode d'écllosion récent, avec un taux d'attaque général important, un comité de travail a rapidement été mis en place afin d'apporter des améliorations aux processus et développer des stratégies d'intervention. Elle poursuit le développement d'outils pour faciliter le travail des intervenants sur les unités de soins. Elle est appréciée de tous les membres des équipes.</p> <p>L'organisme est encouragé à procéder à la révision des politiques et procédures afin de s'assurer que les pratiques sont conformes aux données probantes.</p> <p>L'épisode d'écllosion semble avoir renforcé la collaboration entre les membres de l'équipe d'entretien sanitaire, la conseillère en prévention des infections et les membres des équipes de soins.</p> <p>Le chef du service de buanderie-lingerie et de l'entretien sanitaire est aussi très concerné par les mesures de prévention des infections. Il a développé des outils d'aide à la décision et des plans de travail spécifiques pour outiller le personnel à respecter les meilleures pratiques.</p> <p>L'excellent travail de réorganisation fait en collaboration avec les équipes de soins, pour diminuer les temps de surveillance requis lors des activités de désinfection des douches des patients, est à souligner.</p>	

### 3.2.3 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>Les services offerts dans les deux unités sont planifiés et organisés en fonction des besoins de la clientèle, mais aussi dans la perspective de répondre aux besoins des patients dans un contexte légal. L'approche est très orientée vers le patient malgré la complexité des soins. Le plan stratégique émis par l'équipe de direction énonce les axes sur lesquels l'institut oriente ses actions.</p> <p>Plusieurs équipes évaluent régulièrement la portée de leurs services et apportent les améliorations nécessaires lorsque requises.</p> <p>Les grandes orientations sont connues du personnel et des gestionnaires et ces derniers démontrent une motivation à travailler vers l'atteinte des objectifs, mais toujours dans la préoccupation que la réalisation des objectifs ne compromette pas la sécurité et la qualité des soins et des services à la clientèle.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>Le personnel connaît ses fonctions et ses responsabilités reliées au titre d'emploi qu'il assume. Les équipes interdisciplinaires sont composées d'intervenants dotés de connaissances et d'expertises pertinentes à l'égard des services offerts à la clientèle.</p> <p>La récente arrivée des agents d'intervention est venue consolider positivement les équipes.</p>	

Les descriptions d'emploi sont mises à jour et connues du personnel.

Dans le but de maintenir et d'améliorer les compétences, le personnel a reçu plusieurs formations répondant aux besoins des patients. En lien avec l'optimisation, le programme de formation est un soutien à la philosophie du changement enclenchée dans l'organisation. Les contenus de formation portaient sur la psychopathologie, les meilleures pratiques dans la réduction des erreurs de médicaments, des mesures alternatives à l'isolement et aux contentions ayant des résultats probants sur les unités, la rédaction des notes aux dossiers, l'évaluation de l'état physique et mental, la résistance aux changements et l'élaboration de la grille « Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) ».

Tous les membres de l'équipe de l'unité de santé mentale pour femmes purgeant une sentence fédérale ont reçu une formation sur une thérapie comportementale dialectique. Cette approche permet de standardiser les pratiques et correspond aux données probantes. Le personnel se sent outillé et est très fier de travailler dans cette unité.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Tout le processus de soins est bien structuré et mis en application. Le traceur effectué a démontré que ce processus et les outils cliniques sont bien implantés. Avant l'admission d'un patient, les responsables prennent toutes les informations qui concernent le patient, et ce, auprès des partenaires de services. Lors de l'admission, le personnel connaît, en partie, les particularités du patient et personnalise son accueil. Dès l'admission, le personnel élabore une collecte de données sur l'aspect global des besoins des patients. Inévitablement, le facteur de risque de suicide est pris en considération. L'équipe des soins prend les moyens pour assurer la sécurité du patient concerné et celle des autres patients. La sécurité demeure une préoccupation constante, cependant, la sécurité ne devrait pas compromettre une approche thérapeutique centrée sur le patient.

La collecte de données se fait dans un court délai afin d'élaborer le plus tôt possible le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de services. Le patient et sa famille sont des acteurs sollicités tout au long de cette démarche. De plus, l'évaluation du risque de chutes est prise en considération. Des mesures alternatives sont mises en place pour assurer la sécurité du patient démontrant un risque de chutes et ce, malgré les difficultés liées à l'aspect légal et l'agressivité de la clientèle.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est bien implanté et le personnel infirmier contribue à sa réalisation.

L'implication du service des loisirs pour la réalisation d'activités avec les patients est à souligner. Par exemple avec la réalisation d'un jardin et d'un potager ainsi que les aménagements récréatifs.

Bien que le personnel travaille dans un contexte dont la violence et les comportements agressifs sont présents, les équipes sont dynamiques, engagées et soucieuses de la qualité de leurs services. Ceci est à souligner

De plus, tous les membres des équipes se sentent valorisés dans l'accomplissement de leur travail.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Les outils cliniques utilisés pour la dispensation des soins et des services sont conformes et adéquats. Ces outils sont bien intégrés dans la pratique professionnelle et sont consultés pour assurer un suivi clinique.

Un document intitulé : Bilan annuel 2013-2014 a été élaboré par les gestionnaires des secteurs visités. Ce document comprend les orientations à prendre et les activités réalisées pour assurer la qualité des services. La direction est encouragée à poursuivre cette façon de faire, car elle permet d'encadrer le personnel dans des activités de perfectionnement et cliniques.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une attention particulière est apportée au patient qui demande à voir le contenu de son dossier. Le professionnel concerné accompagne le patient dans ce processus afin de s'assurer d'une bonne compréhension du contenu.

La rencontre avec un patient a permis d'exprimer sa satisfaction aux soins et aux services qu'il reçoit et le degré de qualité de la relation professionnelle avec le personnel de l'institut.

Le processus de gestion des risques est bien structuré et présent quotidiennement dans la dispensation des soins et des services. Un tableau de bord est élaboré sur les accidents et incidents avec le formulaire « AH223 » et des actions sont prises pour améliorer les résultats. À titre d'exemple, afin d'augmenter la sécurité des pratiques, plusieurs changements organisationnels ont été apportés dans les secteurs cliniques et de soutien à la suite de la prise d'otage faite en 2011.

L'organisme est encouragé à diffuser les résultats des sondages de satisfaction de la clientèle aux membres du personnel et en analyser les résultats afin d'apporter les améliorations requises.

## Section 4 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.

### 4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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 : 9 décembre 2013 au 18 décembre 2013
- Nombre de réponses : 8

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	38	63	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	25	13	63	90

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	25	0	75	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	13	0	88	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	13	0	88	94
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	25	0	75	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	13	0	88	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	25	75	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	38	13	50	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	89
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	13	0	88	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	25	13	63	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	13	13	75	91

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	13	88	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	38	50	13	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	14	29	57	61
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	38	63	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	14	29	57	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	13	38	50	78
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	25	13	63	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	29	14	57	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	13	0	88	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	25	13	63	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	25	13	63	92

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	13	25	63	81
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	13	13	75	88
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	25	0	75	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	86
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	13	88	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	14	0	86	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	25	13	63	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	25	75	90

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

## 4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

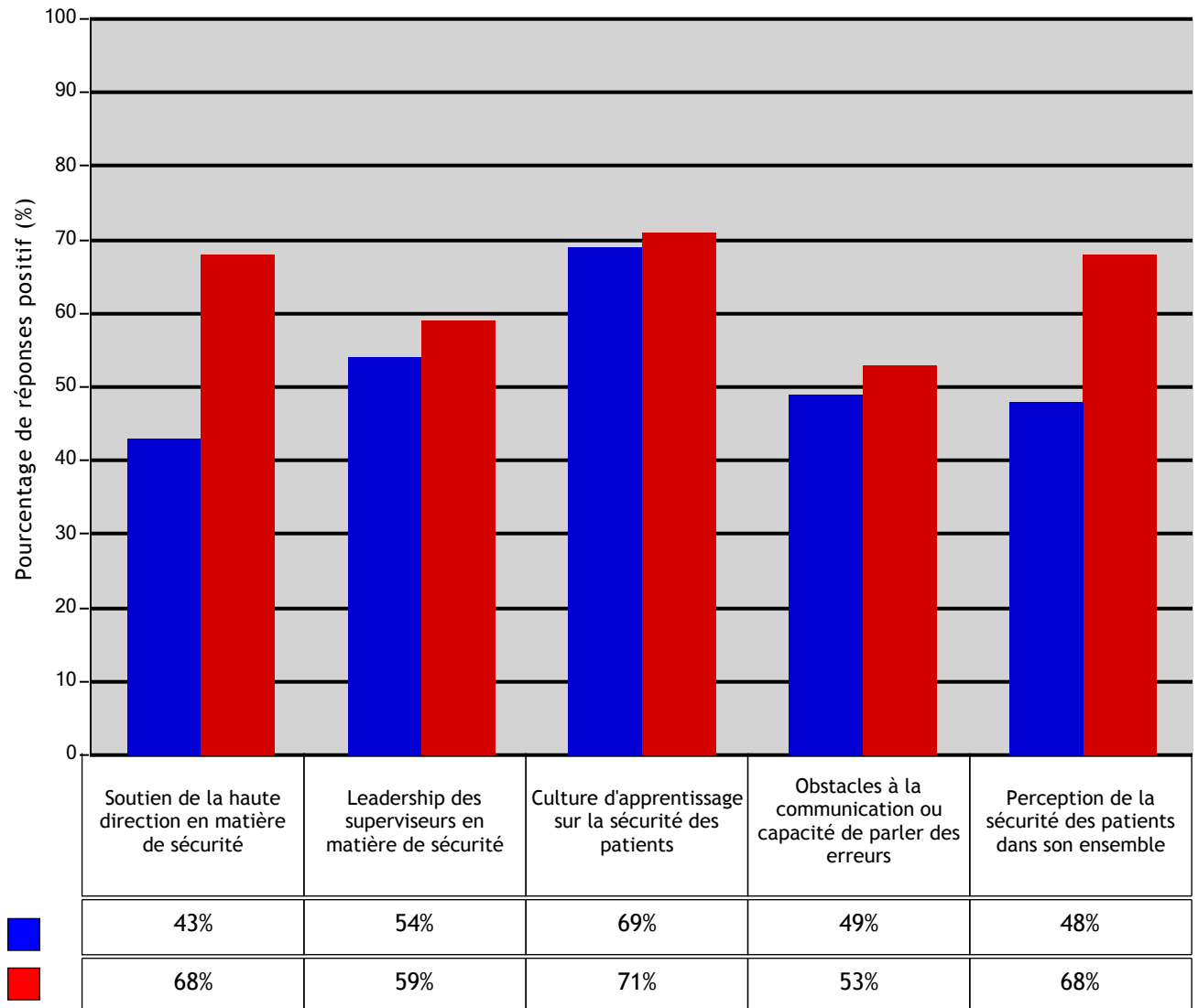
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 28 novembre 2013 au 14 décembre 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 152
- Nombre de réponses : 254

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



Légende

- Institut Philippe Pinel de Montréal
- \* Moyenne canadienne

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

### 4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

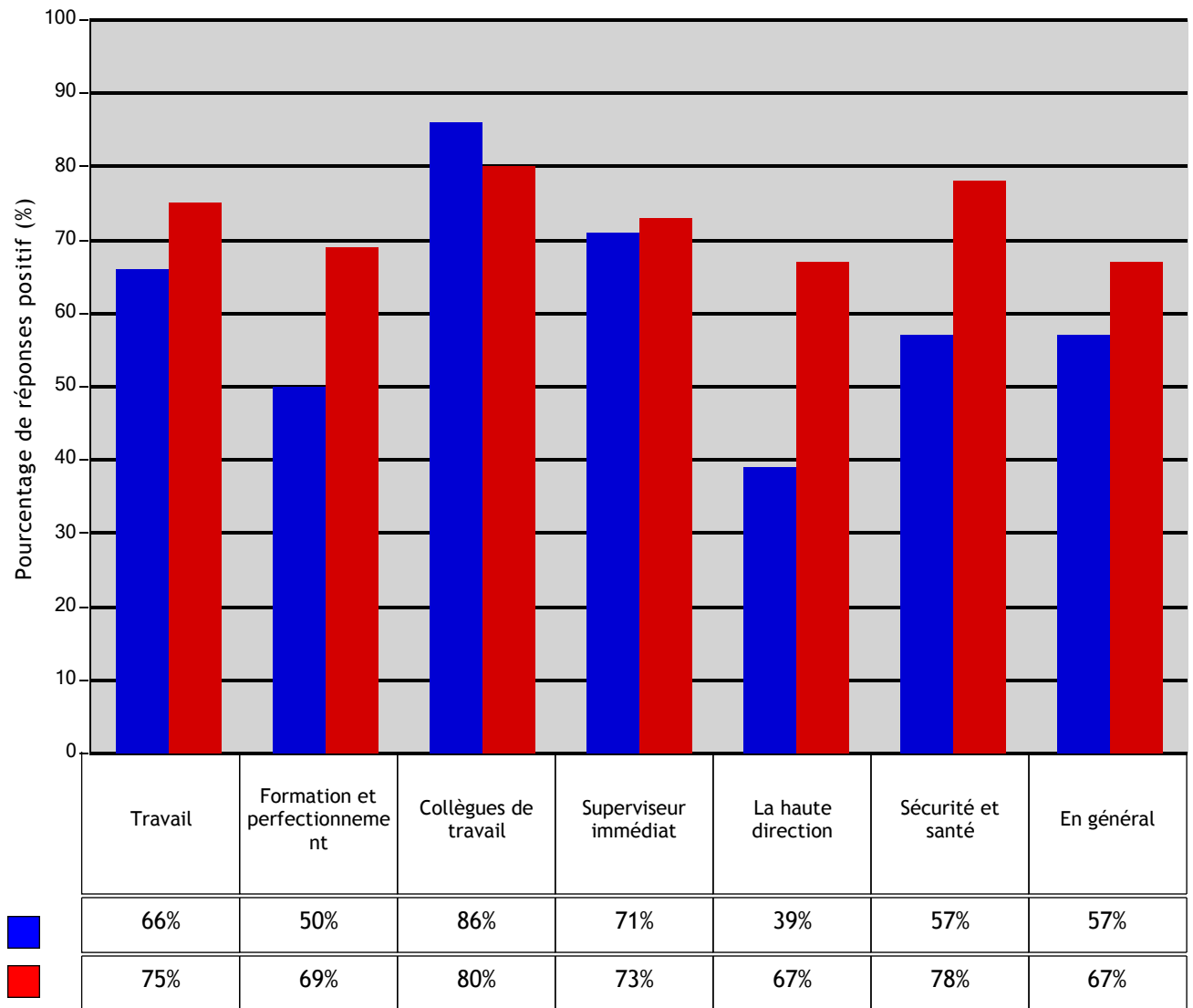
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 28 novembre 2013 au 14 décembre 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 208
- Nombre de réponses : 316

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



### Légende

- Institut Philippe Pinel de Montréal
- \* Moyenne canadienne

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

## Annexe A Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

### Évaluation des preuves et amélioration continue

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

**Annexe B Processus prioritaires**

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

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

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

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

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

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

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

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