



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

**Hôpital Ste-Monique inc.**

Québec, QC

Dates de la visite d'agrément : 5 au 7 février 2018

Date de production du rapport : 26 février 2018

## Au sujet du rapport

Hôpital Ste-Monique inc. (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en février 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 d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>11</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>12</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	18
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	20
Processus prioritaire : Communication	21
Processus prioritaire : Environnement physique	23
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	24
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	25
Processus prioritaire : Cheminement des clients	26
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	31
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>34</b>
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	34
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	36
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	38

**Annexe A - Programme Qmentum** 39

---

**Annexe B - Processus prioritaires** 40

---

## Sommaire

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

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

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

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

## Décision relative au type d'agrément

Hôpital Ste-Monique inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

### **Agréé avec mention**

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 5 au 7 février 2018**

- **Emplacement**

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

1. Hôpital Ste-Monique inc.

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

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

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

4. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
2. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
3. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

## 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.)	12	2	1	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	122	4	7	133
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	36	2	0	38
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	60	2	5	67
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	7	0	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	150	14	12	176
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	0	0	6
<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>452</b>

## 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
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	63 (91,3%)	6 (8,7%)	1	101 (92,7%)	8 (7,3%)	1
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	27 (100,0%)	0 (0,0%)	7	42 (93,3%)	3 (6,7%)	2	69 (95,8%)	3 (4,2%)	9
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	34 (97,1%)	1 (2,9%)	4	36 (97,3%)	1 (2,7%)	7	70 (97,2%)	2 (2,8%)	11
Soins de longue durée	48 (88,9%)	6 (11,1%)	1	95 (96,9%)	3 (3,1%)	1	143 (94,1%)	9 (5,9%)	2
<b>Total</b>	<b>147 (94,2%)</b>	<b>9 (5,8%)</b>	<b>12</b>	<b>236 (94,8%)</b>	<b>13 (5,2%)</b>	<b>11</b>	<b>383 (94,6%)</b>	<b>22 (5,4%)</b>	<b>23</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	4 sur 4	1 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

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>			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 1

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 : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	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 et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

### OBSERVATIONS

La visite d'Agrément Canada auprès de « l'Hôpital Ste-Monique » a eu lieu entre le 5 et 7 février 2018. La dernière visite d'agrément remonte à 2013. Il s'agit d'un CHSLD privé conventionné de 58 lits. Une visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie a eu lieu en août 2017. La direction a mis en œuvre plusieurs moyens pour s'assurer de l'actualisation d'un milieu de vie et d'interventions appropriées et sécuritaires aux résidents. Malgré les limites architecturales majeures, l'hôpital Ste-Monique est un milieu chaleureux, dynamique et animé. L'implication d'une grande équipe de bénévoles permet d'offrir des activités individuelles et de groupe qui répondent aux intérêts et aux capacités des résidents.

Parmi les réalisations de l'organisme suite à la visite d'agrément en 2013 on note, les suivi des recommandations d'agrément Canada; la démarche d'implantation du milieu de vie; l'implication accrue des résidents et familles; la poursuite de l'approche milieu de vie; les activités de loisirs stimulants et diversifiés pour la clientèle; l'implantation du bilan comparatif des médicaments; le changement de la pharmacie; la publication de plusieurs dépliants d'information.

#### Le conseil d'administration et la direction

Compte tenu de son statut privé, la gouvernance est assurée par la Direction générale de l'établissement qui est aussi la propriétaire unique.

Les orientations stratégiques ont été dernièrement mise-à-jour avec les gestionnaires. Cet exercice a permis de mettre à jour les changements survenus dans l'organisation du secteur de la santé au 1er avril 2015. On y retrouve aussi une description de la philosophie de milieu de vie et les enjeux organisationnels. Des plans d'actions opérationnels sont élaborés pour les 4 objectifs identifiés.

L'équipe de direction exerce une gestion de proximité. Les gestionnaires sont à l'affut des préoccupations et des besoins de leurs employés. Les situations sont traitées dans un court délai, ce qui est très apprécié par les employés.

Pour le volet des communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Il y a une grande disponibilité de la direction ainsi que des professionnels avec une philosophie de gestion « porte ouverte ». De plus, la philosophie de transparence est évidente en consultant le site Web organisationnel qui est une source précieuse d'informations. La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables.

### La communauté et ses partenaires

À travers les années, les dirigeants ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. Une entente avec le MSSS va permettre à l'organisme de se relocaliser dans un nouveau bâtiment avec une clientèle spécifique (clientèle Alzheimer et celle avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence).

### La dotation en personnel et la qualité de vie au travail

L'établissement est conscient qu'il devra miser sur le développement et sur la rétention de sa main-d'œuvre afin de maintenir le standard de qualité actuel et retirer le bénéfice de ses investissements notamment par le soutien donné, la formation et la reconnaissance au bénéfice de sa clientèle. Le défi touchant particulièrement la main d'œuvre pour l'assistance est important, particulièrement à cause d'un environnement compétitif.

En matière de gestion des ressources humaines, une politique sur le développement des ressources humaines (PDRH) est en place. L'évaluation du rendement du personnel doit être renforcée de façon plus globale avec l'effort soutenu des différents secteurs. Une pochette d'information à l'intention des employés et des résidents est remise systématiquement et inclut aussi des consignes sur la sécurité des résidents et employés et on encourage en temps opportun à revoir le contenu en termes de littéracie pour la clientèle cible.

### La prestation des soins et services

Les soins et services sont axés sur le bien-être des résidents et les familles. Les valeurs organisationnelles sont intégrées et guident les actions et les décisions au quotidien. Le travail en interdisciplinarité est valorisé et l'expertise de chacun est reconnu. Un processus d'accueil et d'intégration pour le nouveau résident et sa famille est en place. Les évaluations cliniques sont réalisées rapidement afin de cerner les besoins et mettre en place les mesures pour répondre à ses besoins.

Le personnel est dédié et attentionné à l'égard des résidents. L'organisme respecte les Lois en vigueur sur la protection de la vie privée des résidents et de la confidentialité des renseignements les concernant. Pour chaque résident, il y a une évaluation du risque de développer des plaies de pression et effectuer les interventions requises pour les prévenir. De ce fait, il y a des notes d'observation dans les dossiers des résidents. De plus une évaluation des risques pour les chutes est effectuée à l'admission ainsi que le risque suicidaire. Le personnel à sa disposition les équipements requis pour assurer des services de qualité.

La culture de sécurité est bien implantée et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Chacun connaît bien son rôle et ses responsabilités en matière de sécurité auprès de la clientèle. Plusieurs indicateurs de qualité sont identifiés cependant, il est difficile de voir comment ceux-ci sont utilisés dans le cadre de projet d'amélioration continue de la qualité. L'établissement à se doter d'objectifs mesurables, à cibler des mesures d'amélioration et à diffuser les résultats aux équipes, aux résidents et aux familles.

### La satisfaction de la clientèle

Les résidents et familles sont invités à participer au plan d'intervention interdisciplinaire à la suite de l'admission dans le centre. Les résidents et les familles se disent bien accueillis et satisfaits des soins et services. L'approche milieu de vie est implantée. Nous avons constaté les initiatives mises de l'avant par l'établissement afin de travailler en partenariat et en collaboration avec les résidents et les familles. Les résidents ou membres de familles participent aussi à certains comités organisationnels.

Un sondage de satisfaction de la clientèle est effectué. Les résultats font objet d'une élaboration de plan d'action pour répondre aux préoccupations identifiées. Les résidents, les familles, le comité des usagers sont impliqués dans cette « œuvre collective » visant l'amélioration de la qualité du milieu de vie. Les membres des équipes affirment obtenir écoute et collaboration de la direction générale.

Enfin, l'équipe complète est profondément engagée et dédiée au bien-être et la sécurité de la clientèle.

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Divulgateion des événements</b>            Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgateion des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Programme d'entretien préventif</b>            Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 9.7</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.**

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : 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)

##### PLANIFICATION ET CONCEPTION DES SERVICES

Le CHSLD Ste-Monique est un centre de soins de longue durée privé conventionné situé dans le territoire du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Il a 58 lits répartis sur trois étages. Il y a deux chambres avec 3 résidents et le restant étant des chambres privées et semi-privées. Son taux d'occupation est presque 100 % et le centre emploie 75 personnes.

Le plan stratégique 2015-2019 a été complété et un bilan est réalisé annuellement. Les plans opérationnels des différents enjeux sont inclus dans la planification. Le suivi du plan stratégique et l'analyse des plans opérationnels sont assurés par le comité de direction. Le bilan annuel des réalisations est déposé à la propriétaire de l'établissement.

D'ailleurs depuis plusieurs années l'Hôpital Ste-Monique travail sur une relocalisation. Pendant la dernière visite d'agrément, nos collègues mentionnaient que l'annonce avait été faite par le ministre de la Santé et des Services sociaux en 2012. Pour notre visite de 2018, on constate que le nouveau centre est en construction et va porter le nom de CHSLD Ste-Monique. La nouvelle clientèle de l'organisme sera des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou de déficits cognitifs.

Il n'y a pas eu d'analyse formelle des menaces et d'opportunités pour ce nouvel engagement de l'organisme. Il est cependant suggéré d'élaborer un programme clinique pour cette nouvelle clientèle pour décrire la philosophie d'intervention et les services qui seront rendus avec buts et objectifs identifiés. Le partenariat de recherche apportera une nouvelle dimension aux exigences de la culture de

mesure qui est seulement à ses débuts à l'Hôpital Ste-Monique. D'autres considérations sont aussi envisageables notamment en regard au profil de la clientèle admise, ainsi que les besoins en ressources étant donné que l'emplacement va accueillir 8 résidents de plus et presque 300 % d'augmentation en superficie utilisable.

L'organisme possède un organigramme, une structure hiérarchique et une organisation des services. Des politiques et procédures sont en place et sont révisées avec une échéance établie ou selon le besoin. Étant donné le changement de structure organisationnelle, certaines politiques doivent être revues pour s'assurer de concorder avec la nouvelle structure en place et les rôles hiérarchiques. Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation de s'assurer de l'actualisation du milieu de vie et d'interventions appropriées aux résidents.

L'équipe et le personnel démontrent de la souplesse afin de personnaliser les soins et service, de la créativité et de l'ouverture pour permettre de répondre de façon optimale aux besoins spécifiques des résidents. Chacun à sa manière et selon ses compétences participe à créer un milieu de vie qui soit chaleureux et sécurisant pour le résident.

Étant donné qu'il s'agit d'un établissement privé conventionné, le conseil d'administration est constitué selon la Loi sur les compagnies. Il s'agit d'une propriétaire unique. L'établissement est en relation avec plusieurs partenaires et les entretiens avec eux confirment l'existence de relations harmonieuses et constructives.

## 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)

#### GESTION DES RESSOURCES

Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et la direction générale. La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Les services administratifs procèdent à la préparation du budget annuel ainsi que le budget des équipements et immobilisations et la validation est faite avec la direction générale par la suite. Lors des analyses budgétaires périodiques, il y a un suivi des écarts. Les outils de type d'analyse des coûts sont appliqués pour contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources ainsi que pour les approvisionnements. Les analyses périodiques des résultats comparés aux prévisions sont effectuées systématiquement.

Une surveillance étroite de l'utilisation des ressources est effectuée, ce qui n'empêche pas qu'on procède à des ajustements lorsqu'ils sont justifiés. Des rapports sont fournis périodiquement aux gestionnaires pour qu'ils aient l'information nécessaire pour apporter des ajustements aux dépenses et à l'utilisation des ressources. Il y a un processus en place pour la priorisation et l'acquisition en immobilisation.

## 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 : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
10.11 Une entrevue de départ est proposée à l'ensemble des membres de l'équipe qui quittent l'organisme.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

### CAPITAL HUMAIN

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique le cas échéant. La vérification de l'existence d'un casier judiciaire pour les nouveaux employés est effectuée systématiquement. Le dossier de l'employé contient les formations suivies. On a pu consulter le registre central de formation contenant les sujets traités pendant l'année.

Une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place et les entretiens avec les employés nous démontrent qu'elle est connue. Il y a aussi de la formation annuelle sur la sécurité des usagers qui est donnée aux employés avec des thématiques spécifiques pour chaque année. Une politique de vaccination antigrippale et antipneumococcique est en vigueur.

Les priorités 2018-2020 du plan de développement des ressources humaines ont été identifiées et le suivi est assuré au niveau du comité de gestion. Une analyse de besoin a été faite pour les différents titres d'emploi et la priorisation est accordée selon le critère de ce qui est plus urgent. Les besoins sont les résultats de consultations avec les équipes, l'évaluation des plans opérationnels et les suivis des évaluations du rendement de chaque employé. L'établissement est conscient des enjeux d'attraction pour des ressources qui sont en soi déjà peu nombreuses surtout pour le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires.

Plusieurs politiques de gestion des ressources humaines ont été révisées et mises à jour. La description des fonctions contient la description des tâches et des critères relatifs à la sécurité. Un programme d'accueil, d'orientation et d'évaluation pour la probation est en place. Un programme d'évaluation du rendement permet d'évaluer l'ensemble du personnel. Ce dernier est atteint en partie. On encourage l'organisme à poursuivre l'harmonisation de la pratique d'évaluation du rendement dans tous les secteurs. La stabilité des ressources passe par un soutien structuré, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Un programme de reconnaissance est en place. On encourage l'organisme à faire des entrevues de départ pour mieux cibler les points qui pourraient être améliorés pour la rétention. L'établissement n'a pas une politique de conciliation travail-famille, mais les accommodements sont faits cas par cas pour des situations particulières.

Le plan d'action sur les résultats du sondage Pulse portant sur la qualité de vie au travail et la sécurité des patients est à poursuivre ainsi que les actions qui sont ciblées pour la suivi du sondage sur la culture de sécurité.

## 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 : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
<p>14.6 Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.</p> <p>* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>14.6.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<p>15.8 Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

### GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ

L'Hôpital Ste-Monique a élaboré les orientations stratégiques pour les années 2015-2019. Les orientations stratégiques se traduisent en quatre axes d'interventions : l'amélioration continue de la qualité; créer une culture de sécurité; assurer un milieu de travail sain, enrichissant et stimulant; une approche milieu de vie saine et sécuritaire. Pour chaque axe il y a des objectifs et moyens d'action. Il faudra mieux préciser les objectifs avec des indicateurs de suivi.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont produits et un suivi est fait au comité de gestion des risques. Point positif, le comité de gestion de risques contient dans sa composition deux membres des familles des résidents. Il faut aussi mentionner qu'à quelques reprises des actions sont prises bien avant la rencontre du comité de gestion des risques et l'organisme est proactif dans la recherche de solutions pour éviter que les événements indésirables se reproduisent. Il y a un dépliant qui est remis aux employés, résidents et bénévoles qui porte sur la culture de sécurité.

Il y a une culture de sécurité qui s'installe à l'Hôpital Ste-Monique. Les informations sont diffusées auprès des employés et le comité de vigilance s'assure que l'information se rend au propriétaire.

Le personnel indique que les déclarations des incidents/accidents sont suivies par les gestionnaires et une rétroaction est donnée. Les rencontres avec le personnel et les gestionnaires indiquent que dans un cas d'événement sentinelle un suivi systématique et rapide est apporté avec des actions correctives. Pour ce qui est des plaintes auprès du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services il n'y en a pas eu pour les deux dernières années. Il faut mentionner que le commissaire est présent dans les activités du comité des usagers. Les résidents et familles nous disent que si un problème est soulevé l'administration travaille avec la famille pour trouver des solutions acceptables. L'organisme travaille sur la réduction de l'utilisation de mesure de contrôle, l'effort est mis sur des mesures alternatives.

Un plan de sécurité (2015-2019) est en place et structuré selon les facteurs qui contribuent au risque lié au résident; à l'organisation du travail; aux équipements, matériels, fournitures et bâtiment; à l'information; aux ressources humaines. L'organisme est encouragé à revoir prochainement le plan de sécurité et d'y ajouter des objectifs SMART. Cette méthode entraîne un processus d'analyse pour mieux définir l'objectif avec des critères « smart » : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini. Le même principe peut s'appliquer à d'autres plans d'action notamment celui opérationnel qui touche directement les orientations stratégiques.

Il n'y a pas eu d'analyse prospective effectuée par l'organisme. La politique sur le bilan comparatif des médicaments est en place et les rôles de chacun sont bien définis.

## 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)

#### PRESTATIONS DE SOINS ET PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'organisation a un cadre conceptuel d'éthique qui s'applique aux résidents, employés et bénévoles. Le document contient un outil permettant ainsi d'avoir un processus standardisé pour l'analyse d'un dilemme éthique. Cela comprend l'identification du problème ou dilemme éthique, les parties impliquées, l'analyse des différentes options et les conséquences de chacune, les dimensions normatives, les valeurs conflictuelles et le choix d'une solution. On suggère à l'organisation qu'une formation de base soit dispensée sur les principes éthiques pour mieux encadrer l'utilisation de cet outil.

Le Code d'éthique est connu par les employés, les résidents et leurs familles. Il est disponible sur le site Web organisationnel. Le Code d'éthique pour les résidents est également disponible et se trouve dans les pochettes d'accueil. Les commentaires des résidents et des familles de même que nos constatations permettent d'affirmer que la confidentialité est respectée. L'organisme a aussi une politique sur l'accès au dossier par le résident et sa famille.

Le personnel connaît la procédure pour avoir de l'information qui touche un dilemme éthique, le personnel se réfère à leur supérieur immédiat. L'organisme est encouragé à se référer à une ressource externe pour le volet éthique permettant ainsi une certaine objectivité dans l'évaluation des situations.

L'organisme a accès à un Commissaire aux plaintes et ce dernier produit des rapports annuels et intervient au besoin. Il est suggéré à l'Hôpital Ste-Monique d'essayer de faire des séances thématiques avec le personnel et les familles des résidents pour les sensibiliser et promouvoir une réflexion sur des thèmes abordés, par exemple la confidentialité, le niveau de soins, la fin des traitements, la maltraitance ou les connaissances interculturelles. Cette activité peut se faire en concertation avec le comité des usagers.

Un programme de fin de vie est élaboré ainsi que la formation offerte. Les niveaux de soins sont systématiquement discutés avec la famille à l'admission ou quand la situation du résident change. Des situations impliquant les problèmes de dysphagie et le recours aux contentions sont discutées avec la famille. L'organisme adopte la philosophie d'intervention de ne pas avoir de contention et de privilégier les mesures alternatives. Ces informations font aussi partie de la documentation incluse dans le Guide d'accueil du résident.

## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
11.3 Des politiques et des procédures sur la gestion de l'information sont élaborées et mises en oeuvre.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

### COMMUNICATIONS

Les communications entre les employés et le personnel d'encadrement sont fluides. Plusieurs mécanismes sont mis de l'avant pour prendre en compte les opinions du personnel. Il y a très peu de griefs. L'organisme fait la promotion d'une gestion qui favorise les contacts fréquents entre les gestionnaires et les équipes.

L'établissement n'a pas de politique sur les communications internes et externes. Il y a cependant plusieurs outils de communication. Parmi ces outils de diffusion, on a pu constater des tableaux d'affichage sur les unités, dans la salle de repos des employés, l'utilisation de l'internet et du courrier régulier pour les familles des résidents ainsi que la notification verbale pendant les différents comités et d'autres opportunités que les gestionnaires ont à leur disposition dans leur habitude de gestion de proximité.

Le Guide d'accueil du résident et de la famille et le Guide d'accueil de l'employé consultés contiennent de l'information pertinente et utile. Des conversations avec les résidents et la famille en regard du partage de l'information nous ont permis de confirmer que ce canal est fonctionnel et apprécié.

Un rapport annuel de l'organisme est produit et décrit sommairement les activités qui ont eu lieu. Des dépliants sont disponibles à l'accueil et portent sur des sujets variés comme sur la sécurité, la prévention des infections, la possibilité de faire une plainte pour insatisfaction. Il est suggéré de revoir l'aspect de l'infographie pour les différentes publications pour que l'information écrite soit plus facile à lire et à retenir par les lecteurs âgés.

L'organisme a une page WEB pour l'établissement qui offre des informations aux familles. On y retrouve aussi le journal interne de l'organisme « L'Étoile de Ste-Monique ». Un calendrier est produit par le Comité des usagers de l'Hôpital Ste-Monique qui inclut les droits des résidents, mais aussi des peintures artistiques effectuées par les résidents.

En termes de sécurité de l'information, les accès sont contrôlés (volet administratif) et il y a le répertoire commun accessible aux professionnels. La sauvegarde des données est faite de façon continue sur un serveur avec des sauvegardes de sécurité effectuées de façon journalière ainsi que par le Réseau des technologies de la santé et services sociaux (RTSS) de façon hebdomadaire.

## 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)

#### ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les installations réconcilient un ancien bâtiment avec des caractéristiques logistiques qui représente un défi constant pour l'établissement. L'environnement est accueillant malgré des contraintes architecturales d'une bâtisse construite en 1937 et avec un ajout un 1957. Il s'agit d'un édifice à trois étages avec un monte de charge pour le déplacement des chariots alimentaires et un ascenseur. Les secteurs administratifs sont à l'entrée. Au sous-sol on retrouve une salle de repos des employés, le service de production alimentaire et les salles mécaniques.

Des rampes d'accès sont adaptées au milieu. Un système de portes codées limite l'accès des secteurs à haut risque. Une génératrice est en place et son fonctionnement est assuré par un programme d'entretien préventif. La désinfection des locaux suite aux départs des clients suit un processus bien déterminé. Les systèmes d'appoint font l'objet d'un programme d'entretien préventif et une génératrice supplée aux manques occasionnels causés par des accidents de la nature. Le bâtiment est giclé. Des panneaux d'évacuation sont affichés à chaque sortie.

Les corridors sont étroits et il faudra s'assurer qu'ils soient dégagés ainsi que toutes les sorties d'urgence. Tous les locaux autres que les chambres des résidents sont verrouillés. Les dossiers sont maintenus dans un endroit sécurisé (poste des infirmières pour les résidents; poste administratif pour les employés). Il y a croisement de linge souillé et propre, mais cela sera réglé avec le nouveau centre qui aura une entrée et une sortie dédiée. Les personnes rencontrées nous ont mentionné que le milieu de travail était sécuritaire et qu'elles avaient reçu de la formation sur le SIMDUT.

L'organisme n'a pas en place un programme de développement durable.

## 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)

#### PRÉPARATIONS EN VUE DE SITUATIONS D'URGENCE

Le plan de mesures d'urgence est disponible. Ce plan contient plusieurs situations, mais incomplète, à titre d'exemple il ne contient pas les mesures en cas d'inondation. Étant donné que tout le service de production alimentaire est au sous-sol, cela pourrait être un problème et des plans de contingence sont à prévoir. De plus, le plan devrait clairement indiquer l'entente avec les partenaires pour cibler des lieux de regroupement et de transfert en cas d'évacuation. La liste des résidents hébergés avec les informations nécessaires ainsi que le niveau de mobilité et autres particularités est mis à jour au besoin. Le personnel concerné a reçu une formation appropriée sur leurs rôles et responsabilités en cas de mesure d'urgence.

Des systèmes d'appoint (génératrices), des processus de communication sont prévus pour les cas d'urgence. Le nécessaire pour les pannes d'électricité est disponible dans chacun des services. L'entretien des systèmes de détection, d'avertissement et d'extinction des incendies pour réduire les risques d'incendie fait l'objet d'entretien préventif documenté, tel que requis. Des mises à l'essai sont prévues régulièrement. Les résultats sont notés, diffusés au personnel et servent à améliorer les exercices subséquents.

Des politiques et procédures, en collaboration avec la direction de la santé publique et le CIUSSS, sont prévues afin de déceler et gérer les épidémies et les pandémies cependant cela ne se retrouve pas dans le cartable des mesures d'urgence, mais dans un autre cartable. Les inspections, les mises à l'essai ainsi que l'entretien de tout équipement de sécurité sont aussi faits par l'ouvrier de maintenance et sont consignés au registre d'entretien préventif.

Pour le volet des congélateurs et frigos au service alimentaire on encourage l'organisme à avoir des alarmes sonores pour signaler un bris d'équipement. Des relevés de température sont pris chaque jour et en cas de manque de courant les systèmes sont branchés sur la génératrice. Cependant cela ne couvre pas la possibilité d'avoir un bris mécanique et le mal fonctionnement peut apporter des conséquences néfastes pour l'intégrité des aliments.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers ou résidents, des familles et de la communauté élargie.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers ou résidents et des familles, des bénévoles ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
9.2 Il y a des mécanismes utilisés pour obtenir l'apport des usagers ou résidents et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	
<b>Ensemble de normes : Soins de longue durée</b>	
17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des résidents et des familles.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

### Soins de santé centrés sur les personnes

Le partenariat entre la direction, les résidents, la famille et les employés est bien établi à l'Hôpital Ste-Monique. Les décisions sur les résidents sont en lien avec les goûts et les capacités résiduelles de la clientèle. Cependant, malgré les efforts de collaboration et d'inclure les résidents avec les familles soit dans les processus cliniques et les activités de l'établissement, des stratégies devraient être mises de l'avant pour solliciter la contribution des résidents et les familles à la planification et l'organisation des services. À titre d'exemple, il y a une belle opportunité avec la relocalisation de l'organisme vers une nouvelle structure et une mission spécifique pour permettre aux résidents et familles d'être partie prenante du nouveau projet au lieu de recevoir seulement les informations.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

#### CHEMINEMENT DES USAGERS

Un processus non écrit sur le cheminement des clients à l'accueil est en place. On encourage l'organisme à formaliser la démarche de cheminement des résidents. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail avec l'implication et la compréhension de tous les acteurs impliqués dans ce processus. Le mécanisme d'accès comporte des évaluations de la part des travailleurs sociaux du CIUSSS de la Capitale-Nationale, il y a une prévisite et le choix est fait par la famille. Le taux d'occupation est presque de 100 %. Il est rare que l'établissement ne puisse pas accepter de résidents. Depuis janvier 2016 les nouveaux résidents ont un profil qui est sensiblement celui de personnes atteintes d'Alzheimer et celui avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui reflète ainsi la clientèle qui sera hébergée dans le nouveau centre.

Un guide d'accueil est transmis aux nouveaux résidents lors de l'admission. Le guide contient une multitude d'informations pouvant soutenir les membres de la famille sur les soins et services offerts. Le processus d'accueil permet au résident et à sa famille de répondre aux inquiétudes de ces derniers en donnant de l'information qui est abondante. Une deuxième rencontre est prévue deux semaines après l'admission pour s'assurer de la compréhension des informations ainsi que de pouvoir répondre à d'autres questionnements. Pour ce qui est de services particuliers et spécialisés qui requièrent la condition du patient, l'établissement fait des démarches pour s'assurer que le service est octroyé.

L'Hôpital Ste-Monique sonde la satisfaction de sa clientèle et à la lumière des résultats, met en place des plans d'amélioration de la qualité. Il est suggéré de passer maintenant à l'étape d'évaluer l'expérience du résident qui pourra fournir de détails sur l'amélioration des processus de soins et d'assistance en place.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
9.4 Un processus structuré et transparent est en place pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents.	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
9.7 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre. 9.7.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	 <b>SECONDAIRE</b>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'évaluation des besoins en équipement n'est pas encadrée par un processus formalisé. Les demandes d'équipement proviennent habituellement par le personnel. L'organisation procède aux achats, selon les besoins et les ressources disponibles. L'inventaire des équipements aurait avantage à être mis en place afin d'établir la priorité de remplacement.

Il n'y a aucune activité de stérilisation ou de retraitement de matériel ni de dispositifs médicaux. Le nettoyage et la désinfection du matériel non critique se fait selon les procédures établies. Le matériel à usage unique n'est pas réutilisé.

Les employés mentionnent leur satisfaction quant à la quantité, la disponibilité et l'entretien du matériel. Ils bénéficient de formation offerte par le fournisseur lors de l'acquisition de nouveau matériel.

L'organisation, dans les limites de son budget, est sensible aux besoins des employés et s'assure d'offrir un milieu de vie et de travail sécuritaire.

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

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

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

### Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

### Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

### Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Épisode de soins

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

### Aide à la décision

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

### Impact sur les résultats

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments</b>	
10.1 Le pharmacien ou une autre personne responsable de la délivrance des médicaments examine toutes les prescriptions et les ordonnances avant l'administration de la première dose.	!

21.4 L'information sur les mesures et les améliorations recommandées suivant l'analyse des incidents est communiquée aux usagers, aux familles et aux équipes.

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

#### Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Les services de pharmacie sont assurés par une ressource pharmacienne du CIUSSS de la Capitale Nationale à raison de cinq (5) heures par semaine. Une assistante technique est présente également à cinq heures par semaine. Les rôles et responsabilités sont clairement définis pour ces intervenants. Le personnel infirmier mentionne la facilité d'accès à un pharmacien pour répondre aux questions ou obtenir de l'information en lien avec le profil pharmacologique du résident.

Les politiques et procédures sont harmonisées par le service de pharmacie, en tenant compte des spécificités de l'hôpital Ste-Monique. Les processus de sélection, d'achat, de préparation et de livraison des médicaments sont assurés par le CIUSSS de la Capitale Nationale.

Plusieurs actions ont été faites pour améliorer la qualité et la sécurité dans le processus de gestion des médicaments. Les médicaments à risque élevé sont identifiés à l'aide d'un repère visuel et des mesures de vérification supplémentaire sont en place. L'étiquetage des médicaments est fait avec clarté et précision. Les médicaments utilisés pour les situations d'urgence sont disponibles et rangés de façon sécuritaire sur chaque unité.

Les chariots de distribution de médicaments sont munis de système de verrouillage. Ceux-ci étaient toujours verrouillés lors de vérifications faites à plusieurs reprises par les visiteurs. Compte tenu des espaces limités, ils sont rangés dans le corridor, excepté celui au troisième étage qui est localisé au poste des infirmières.

Des aliments ont été retrouvés dans le réfrigérateur à médicaments au troisième étage, ce qui va à l'encontre des bonnes pratiques en matière d'entreposage et de conservation des médicaments. Des mesures doivent être prises à cet égard.

Le bilan comparatif des médicaments est fait à l'admission, lors de transfert et de retour d'hospitalisation. Le bilan comparatif est réalisé en collaboration du personnel infirmier et de la pharmacienne.

Un audit sur l'utilisation des abréviations à proscrire a été réalisé. Les résultats démontrent la conformité à la pratique.

Il y aurait lieu de vérifier la possibilité d'une interface du logiciel Clinibase avec la pharmacie du CIUSSS de la Capitale Nationale. Cette mesure permettrait d'améliorer la prise en charge et une meilleure continuité des services pharmacologiques notamment lors d'admission, de transfert et de retour suite à une hospitalisation du résident.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</b>	
2.2 La prévention et du contrôle des infections est prise en considération et l'avis d'experts en prévention et en contrôle des infections est obtenu au moment de planifier et de concevoir l'environnement physique, y compris les plans de construction et de rénovation.	
3.2 L'organisme collabore avec ses partenaires pour élaborer un plan d'intervention en cas de pandémie.	
5.3 Il y a un programme de formation complet sur la prévention et le contrôle des infections, qui est adapté aux priorités, aux services et aux populations d'usagers ou de résidents desservis.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</b>	

Une infirmière spécialisée en prévention et contrôle des infections du CIUSSS de la Capitale Nationale assume la fonction de conseillère en prévention et contrôle des infections, à raison d'une journée par semaine environ. Son apport est très apprécié tant par les gestionnaires que les employés. On souligne sa disponibilité ainsi que sa rapidité à répondre aux questions relatives au volet PCI.

Le programme de prévention et contrôle des infections a été revu en fonction des données probantes et des lignes directrices. Le programme est disponible sur toutes les unités de vie. Des politiques et des procédures sont en appui au programme. Plusieurs procédures datant de 2010 sont en cours de révision actuellement.

Les employés, bénévoles, stagiaires et membres de famille ont reçu de la formation sur l'hygiène des mains. Un audit a été réalisé et les résultats partagés lors d'un Symposium, activité organisée dans l'établissement depuis deux ans. Les activités de formation en PCI auraient avantage à être formalisées dans un programme. Cette mesure permettrait la tenue systématique de formations pour tous les publics cibles.

Les employés de l'entretien ménager ont l'information nécessaire pour travailler de façon sécuritaire auprès de la clientèle. La responsabilité de la désinfection du matériel communément appelé 'zone grise' est clairement définie. La liste du matériel, la solution à utiliser de même que la fréquence de désinfection sont précisées. Un registre est disponible sur toutes les unités.

Nous encourageons l'établissement à solliciter la contribution de la conseillère en PCI pour la réalisation du projet de construction en cours. Son expertise peut être profitable sur plusieurs aspects dont, le choix du matériel, de l'ameublement mis à la disposition des résidents et des visiteurs, l'emplacement des unités propres et souillées.

## Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.4 L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des familles; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse.	
<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>	
15.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.5 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
17.9 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!

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

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation du travail est revue de façon régulière. Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont bien définis. La charge de travail est discutée dans les équipes et des ajustements sont faits selon les besoins.

La programmation d'activités est revue avec l'apport des résidents, des bénévoles et des familles et est élaborée en fonction des besoins et intérêts de la clientèle. Des ententes sont établies avec des partenaires du territoire dont les écoles, les garderies pour l'animation du milieu de vie.

L'implication remarquable d'une grande équipe de bénévoles contribue de façon positive à l'animation du milieu.

L'établissement partage des ressources avec d'autres centres de santé dont la commissaire aux plaintes, la conseillère en prévention des infections ainsi que la pharmacienne pour bien répondre aux besoins de la clientèle.

##### Processus prioritaire : Compétences

Soucieux d'offrir des soins et services adaptés à la clientèle, l'établissement a mis en place un programme d'orientation structuré pour le personnel soignant.

Une évaluation est effectuée lors de la période de probation. Plusieurs employés ont mentionné avoir été évalué au cours des deux dernières années.

Les programmes cliniques tels l'évaluation du risque de chutes, l'évaluation du risque suicidaire, l'accompagnement en soins de fin de vie sont connus et actualisés sur les unités de soins.

Les membres du personnel rencontrés reconnaissent les efforts déployés par l'établissement pour augmenter leurs connaissances et développer leurs compétences cliniques. La formation portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique a été fort appréciée par les infirmières. Aux fins de valorisation de l'expertise de son personnel, l'établissement est encouragé à poursuivre sa stratégie d'utiliser ses ressources pour assurer la formation à l'interne par exemple, le PDSB, les soins de plaies, l'évaluation clinique.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Au moment de l'admission, l'équipe a mis en place un processus d'accueil et d'intégration du résident et de ses proches. Un guide est élaboré et remis. L'équipe connaît bien les besoins de la clientèle dont elle est responsable. Nous avons rencontré des équipes avec beaucoup d'expérience et engagées dans pour la prestation sécuritaire des soins. La préoccupation du bien-être des résidents, de la sécurité et de la qualité des soins et services est perceptible pour l'ensemble des employés.

L'hôpital Ste-Monique est vétuste et présente des limites architecturales importantes. Des corridors étroits, des chambres à occupation double et triple, des espaces communs restreints sont des obstacles

majeurs pour la sécurité et le bien-être de la clientèle et des employés. De plus, des risques liés au respect de la vie privée ont été notés, étant donné les espaces insuffisants pour les rencontres entre les intervenants par exemple lors des rapports inter quarts. Malgré tout, le milieu est dynamique et il règne une ambiance chaleureuse, empreinte de respect.

Les programmes cliniques tels l'évaluation du risque de chutes, l'évaluation du risque suicidaire, l'accompagnement en soins de fin de vie sont connus et actualisés sur les unités de soins. Des outils cliniques normalisés pour l'évaluation du risque de chutes, les lésions de pression, l'évaluation de la douleur, sont utilisés par les intervenants. Les formulaires complétés sont placés au dossier des résidents. L'équipe interdisciplinaire se réunit selon un calendrier établi. Les résidents et membres de famille sont systématiquement invités. Le maintien de l'autonomie des résidents est préconisé et cette orientation est perceptible à travers différentes stratégies dont la mise en place d'un programme de marche.

Les besoins biopsychosociaux sont pris en compte dans le processus d'évaluation et sont mis à jour au quotidien. L'outil informatique Clinibase facilite la continuité des soins.

Les résidents et les membres de famille rencontrés ont souligné leur satisfaction relative aux soins et services dispensés par les intervenants et particulièrement l'approche humaine à leur égard.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres du personnel se rencontrent de façon régulière. Ils mentionnent la possibilité d'exprimer leur opinion, leurs suggestions ainsi que l'ouverture à proposer des changements dans les approches et de nouvelles façons de faire.

Les dossiers des résidents contiennent toute l'information nécessaire pour assurer la continuité des soins. Des audits sur la tenue des dossiers ont été réalisés en 2016. Il serait souhaitable que ceux-ci soient faits plus régulièrement afin de s'assurer la justesse, la pertinence ainsi que la légalité des observations colligées. Une procédure est en place pour l'épuration et la destruction des dossiers.

Les questions d'ordre éthique sont discutées lors de rencontres interdisciplinaires. Les intervenants mentionnent pouvoir accéder à des ressources externes pour des situations éthiques plus complexes. L'équipe n'y a pas eu recours lors des dernières années.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de sécurité est bien installée. La sécurité des soins est au centre des préoccupations et des activités quotidiennes. Les déclarations événements et la divulgation des informations aux résidents et famille sont encouragés par la direction. Les familles sont informés rapidement pour tout changement dans l'état de santé ou pour tout accident survenu dans le cadre de la prestation des soins.

Plusieurs indicateurs de qualité ont été identifiés en matière de gestion des risques. Des rapports trimestriels sont produits et affichés sur les unités de soins. Nous encourageons l'établissement à prioriser quelques indicateurs, à fixer des objectifs mesurables, cibler des mesures d'amélioration et diffuser les résultats aux employés, résidents et aux familles.

L'établissement ne dispose pas de procédure normalisée pour choisir les lignes directrices basées sur des données probantes toutefois, les politiques, les programmes cliniques s'appuient principalement sur la documentation produite par les Ordres professionnels et par les organismes gouvernementaux reconnus.

## 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.

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

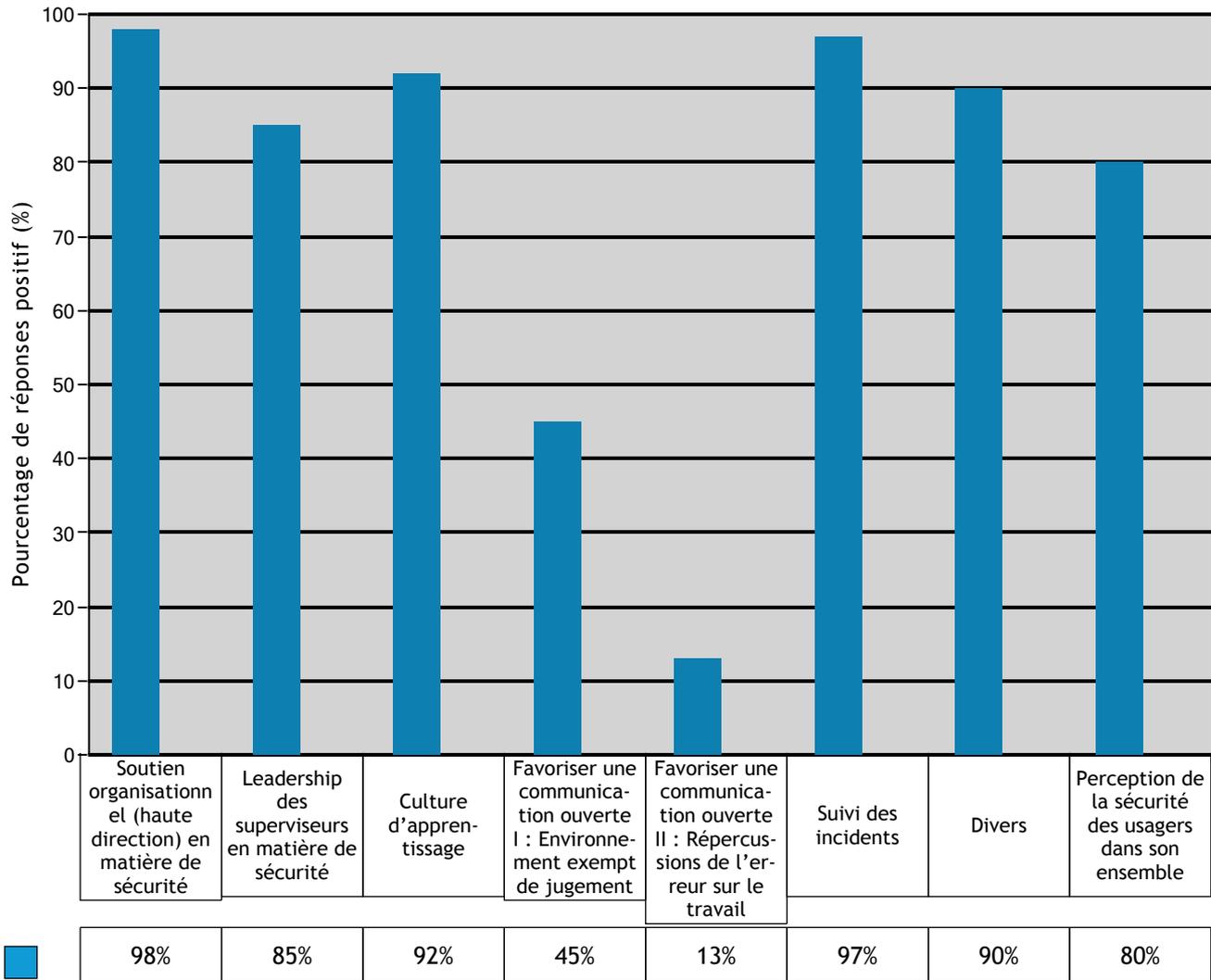
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 22 novembre 2016 au 14 avril 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 10**
- **Nombre de réponses : 10**

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



**Légende**

■ Hôpital Ste-Monique inc.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

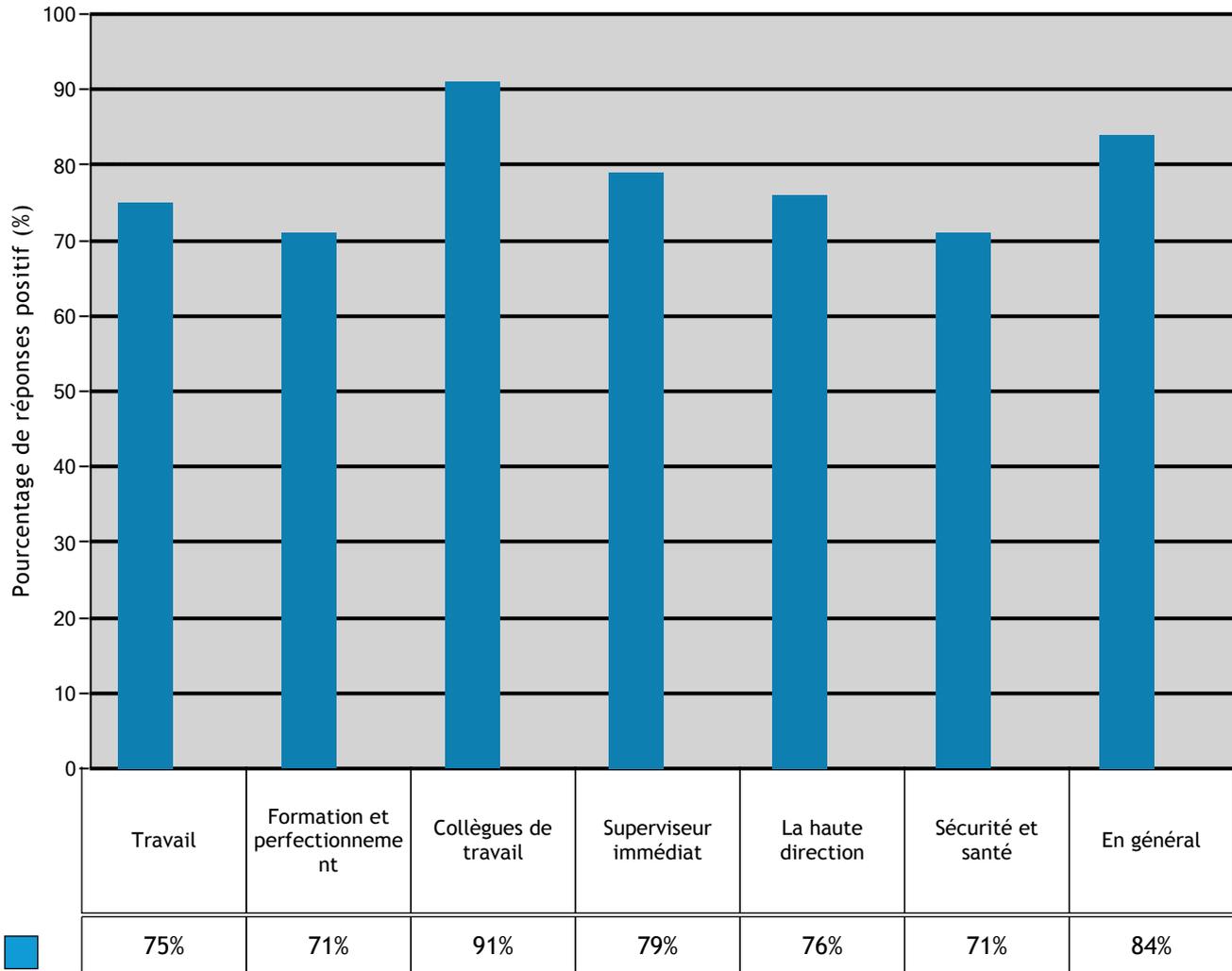
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 22 novembre 2016 au 14 avril 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 60**
- **Nombre de réponses : 60**

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



Légende

■ Hôpital Ste-Monique inc.

## Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

**Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences**, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

**Partage d'information, communication et enseignement**, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

**Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre**, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

**Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne**, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Conforme

## 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.

## 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.