



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## Centre de chirurgie RocklandMD

Mont-Royal, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 4 juin 2019

Date de production du rapport : 8 août 2019

## Au sujet du rapport

Centre de chirurgie RocklandMD (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 juin 2019. 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 de la visite</b>	<b>10</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	11
Processus prioritaire : Capital humain	13
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	15
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
Processus prioritaire : Communication	19
Processus prioritaire : Environnement physique	20
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	21
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	22
Ensemble de normes : Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes - Secteur ou service	22
Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	25
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>26</b>
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	26
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	28
<b>Commentaires de l'organisme</b>	<b>30</b>
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>32</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>33</b>

## Sommaire

Centre de chirurgie RocklandMD (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

Centre de chirurgie RocklandMD a obtenu le type d'agrément qui suit.

### **Agréé avec mention d'honneur**

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 4 juin 2019**

- **Emplacement**

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

1. Centre de chirurgie RocklandMD

- **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 sur l'excellence des services***

1. Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

## 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.)	6	0	0	6
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	6	0	0	6
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	152	0	2	154
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	17	2	0	19
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	28	0	0	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	82	2	0	84
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	3	0	0	3
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>304</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
Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes	159 (100,0%)	0 (0,0%)	2	123 (96,9%)	4 (3,1%)	0	282 (98,6%)	4 (1,4%)	2
<b>Total</b>	<b>159 (100,0%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>2</b>	<b>123 (96,9%)</b>	<b>4 (3,1%)</b>	<b>0</b>	<b>282 (98,6%)</b>	<b>4 (1,4%)</b>	<b>2</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>			
Divulgence des événements (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	3 sur 3	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 : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée aux narcotiques (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	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 (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	1 sur 1	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 : Prévention des infections</b>			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre de chirurgie RocklandMD (CCRMD), est aménagé dans un édifice à vocation médicale et occupe des locaux en location. La direction du Centre est assurée par un président directeur médical, d'un vice-directeur chirurgical, d'un vice-directeur en anesthésiologie, d'une vice-présidente des opérations, marketing et développement des affaires, un directeur des infrastructures et des technologies de l'information et des nouveaux projets, une directrice du service à la clientèle, une gestionnaire clinico-administrative et un coordonateur du bloc opératoire. Ils sont entourés de toute une équipe responsable qui participe avec enthousiasme aux soins et services spécialisés, sécuritaires et de qualité. Les rôles et les responsabilités sont bien définis, tant au niveau clinique qu'administratif.

Le Centre de chirurgie répond à la mise aux normes selon les règlements du bâtiment du Ministère de la santé et des services sociaux, (MSSS) pour effectuer sa mission axée sur la chirurgie de niveau 3. Les services sont assurés par des spécialistes connus et reconnus dans leur domaine et en règle auprès du Collège des médecins et chirurgiens de la province.

Le Centre de chirurgie donne accès à une grande variété d'interventions chirurgicales d'un jour, dans différentes spécialités, et ce, dans un environnement sécuritaire. La clinique offre de l'équipement à la fine pointe de la technologie et utilise un dossier mixte papier et informatisé pour un meilleur suivi des patients.

La mission est de fournir des services chirurgicaux avec une vision complète du continuum des soins assurant ainsi une meilleure accessibilité, la sécurité et les meilleurs soins possible, pour mieux répondre aux besoins des secteurs public et privé.

L'organisation prône les valeurs de sécurité, l'excellence, les soins centrés sur le client (SCC), la courtoisie, l'accessibilité, l'intégrité et l'efficacité.

Le projet du MSSS (2017) concernant le «Projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau de santé et de services sociaux et les cliniques de chirurgie Dix30, le Centre de chirurgie RocklandMD et la clinique Opmedic» a occupé une place prépondérante au niveau des activités de la planification stratégique.

En avril 2019, un bilan du projet pilote a été réalisé et les résultats ont démontré que la majorité des chirurgiens et des anesthésistes mentionnent avoir été en mesure de réaliser plus de cas en une journée au CCRMD que dans une journée de travail à l'hôpital où ils pratiquent. Des témoignages en provenance de divers chirurgiens de Sacré-Cœur, de l'hôpital Charles LeMoine, le chef de département du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal mentionnent qu'ils ne veulent pas revenir en arrière, «Une catastrophe, si ça prenait fin». Un modèle de services de chirurgie d'un jour que l'on pourrait déployer au niveau canadien et européen. Bravo pour cette innovation!

Les orientations établies au niveau de la planification stratégique pour 2015-2020 se poursuivent et une réflexion s'amorce pour préparer la planification de 2020-2025.

Les visiteurs perçoivent la mobilisation et le sentiment d'appartenance du personnel rencontré, malgré un contexte d'incertitude sur la pérennité du projet. Le travail d'équipe est excessivement important et le besoin de satisfaire le client est une primauté pour les membres de l'équipe du Centre de chirurgie.

Le Centre de chirurgie compte sur un personnel dédié, formé et engagé dont les compétences et les expériences sont également reconnues. La stabilité du personnel favorise un climat de travail ouvert où l'approche interdisciplinaire est favorisée. Les visiteurs d'agrément ont pu observer une atmosphère agréable et conviviale au niveau du Centre.

La santé et la sécurité au travail font partie intégrante de l'organisation du travail et l'organisation s'est dotée d'une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail connue de tous.

La prestation des soins repose sur les meilleures pratiques, il existe une culture de sécurité des usagers qui est bien implantée et soutenue par l'énoncé de mission. Les politiques de base sont élaborées et diffusées à l'ensemble du personnel, telles que celles sur la déclaration et la divulgation des événements indésirables et sur la violence en milieu de travail.

La gestion de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services est intégrée à tous les paliers de la clinique. Le comité de direction assure la responsabilité formelle de la qualité et de la sécurité des services prodigués par le Centre. Il assume un rôle important dans l'instauration de la culture organisationnelle qui contribue à améliorer la sécurité des usagers. Le centre est préoccupé à mettre la sécurité et l'amélioration de la qualité au cœur de ses activités. Les visiteurs ont pu constater lors de la visite que le personnel est imprégné de la culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Il y a lieu de féliciter le Centre de chirurgie RocklandMD pour la mise en place du comité des usagers et de les impliquer au niveau de la prise de décisions au niveau de divers projets de l'organisation, une fois par année.

La clientèle rencontrée évoque leur satisfaction à l'égard des services du centre. La clientèle mentionne le professionnalisme du personnel, l'écoute et le sourire du personnel d'accueil, la propreté et les aires spacieuses du centre et le souci de bien répondre aux demandes.

## 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.

Veuillez 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)

La direction a utilisé une approche de gestion concernant les opportunités, les menaces, les forces et les faiblesses (OMFF) pour orienter les enjeux, les stratégies et les objectifs par pôle d'activités lors de la planification stratégique 2015-2020. Elle a été conçue afin d'exposer le modèle et la stratégie d'affaires de RocklandMD au sein du système de santé québécois et canadien actuel. Il y a lieu de mentionner la présence constante du directeur médical, ce qui permet de soutenir au quotidien les orientations de la planification stratégique.

Le projet du MSSS (2017) concernant le Projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau de santé et de services sociaux, par exemple la clinique de chirurgie Dix30, a occupé une place prépondérante au niveau des activités de la planification stratégique.

En avril 2019, un bilan du projet pilote a été réalisé et les résultats ont démontré que la majorité des chirurgiens, des anesthésistes et des gastroentérologues mentionnent avoir été en mesure de réaliser plus de cas en une journée au CCRMD que dans une journée de travail à l'hôpital où ils pratiquent. Des témoignages de la part de quelques chirurgiens de Sacré-Cœur, de l'hôpital Charles LeMoine ainsi que du chef de département du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal, ne veulent pas revenir en arrière, «Une catastrophe, si ça prenait fin». Un modèle de services de chirurgie d'un jour, que l'on pourrait déployer au niveau canadien et européen. Bravo pour cette innovation!

Une réflexion est amorcée au niveau de l'organisation pour définir la planification stratégique pour 2020-2025.

La mission, les valeurs et la vision du Centre de chirurgie RocklandMD (CCRMD) sont clairement définies et connues de tous. Le choix des valeurs s'est fait dans une démarche où tous les acteurs de l'organisation ont été impliqués, et ce à tous les niveaux, incluant la clientèle. Tout au long de la visite, on a pu constater une réelle appropriation de celles-ci. L'organisation prône les valeurs de sécurité, l'excellence, les soins centrés sur le client (SCC), la courtoisie, l'accessibilité, l'intégrité et l'efficacité.

La qualité et la sécurité des soins et des services sont au cœur de l'ensemble des activités du Centre. Un encadrement rigoureux des soins et des services est en place évoluant toujours vers l'excellence de soins et des services, et ce, basé sur les meilleures pratiques.

On retrouve un plan d'exploitation décrivant la croissance des activités, les processus de planification des opérations. Depuis 2017 le CCRMD a réalisé 22,000 interventions chirurgicales. Ce plan tient compte des ressources et de l'infrastructure nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle.

Une réorganisation complète des ressources financières et de comptabilité a été réalisée en 2017, avec l'arrivée de la nouvelle gestionnaire. Elle a mis en place un système comptable «Great Plains Microsoft Dynamics» et interfacé avec le logiciel OPERA dans un fichier EXCEL pour peupler une matrice qui génère un rapport de coût par intervention. Bravo à l'équipe! Son objectif pour la prochaine année consiste à impliquer et former les gestionnaires sur le logiciel du budget de leur secteur d'activité respectif, prévu en septembre 2019.

Les états financiers annuels sont assurés par la firme comptable externe Deloitte.



## 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 : Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes</b>	
14.8 La clinique tient à jour un dossier du personnel ou un relevé d'emploi complet pour chaque membre d'équipe.	
15.11 La clinique mène des entrevues de départ, puis utilise l'information ainsi recueillie pour mieux retenir son personnel et améliorer le milieu de travail.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le Centre de chirurgie de RocklandMD (CCRMD) est aménagé dans un édifice à vocation médicale et occupe des locaux en location. La direction du Centre est assurée par un président directeur médical, d'un vice-directeur chirurgical, d'un vice-directeur en anesthésiologie, d'une vice-présidente opérations, marketing et développement des affaires, un directeur des infrastructures et des technologies de l'information et des nouveaux projets, une directrice du service à la clientèle, une gestionnaire clinico-administrative et un coordonnateur du bloc opératoire. Ils sont entourés de toute une équipe responsable qui participe avec enthousiasme aux soins et services spécialisés, sécuritaires et de qualité. Les rôles et les responsabilités sont bien définis, tant au niveau clinique qu'administratif.

L'équipe de soins comprend du personnel infirmier (infirmières, infirmières auxiliaires, préposé aux bénéficiaires) et inhalothérapeute, un préposé à la stérilisation du Centre de chirurgie, des réceptionnistes et des agentes de bureau complètent le personnel.

Les soins et les services reposent sur des politiques et des procédures bien établies avec une préoccupation constante de prestation sécuritaire des soins, et ce, basé sur les meilleures pratiques. Plusieurs formations sont données; à titre d'exemple la réanimation cardio-respiratoire, l'ACLS aux infirmières de la salle de réveil et de l'endoscopie digestive, l'hygiène des mains et la violence en milieu de travail. Une formation sur «Enhanced Recovery After Surgery» (ERAS) est prévue pour juillet 2019, donnée par un partenaire externe du Centre, le CUSM.

Une plateforme conviviale d'enseignement a été réalisée par le vice-directeur en anesthésie du Centre concernant la mise en place de questionnaires de connaissances pour les infirmières, les inhalothérapeutes et pour les nouveaux anesthésistes. Cette démarche, qui permettra au personnel d'aller chercher au moins deux formations, est en voie de réalisation. On invite le Centre à présenter ce projet pour une pratique exemplaire. Tout le personnel clinique bénéficie d'une mise à jour, aux trois ans, de sa certification en réanimation cardio-respiratoire (RCR), de même que le personnel de l'accueil. Une formation sur les pompes à perfusion a été donnée au personnel du bloc opératoire, de la salle de réveil

et aux inhalothérapeutes.

Les visiteurs perçoivent la mobilisation et le sentiment d'appartenance du personnel rencontré. Le travail d'équipe est excessivement important et le besoin de satisfaire le client est une primauté pour les membres de l'équipe du Centre. Le personnel souligne le plaisir de travailler au Centre de chirurgie et se donne comme défi futur d'être les meilleurs et de répondre au-delà des attentes de la clientèle en termes de qualité et de sécurité des services dispensés.

On observe une grande stabilité au niveau des ressources humaines. Des entrevues de départ ne sont pas formalisées. On encourage l'organisation à mettre en place ce mécanisme et à utiliser les informations pour améliorer ou ajuster les services.

Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et à la portée de tous, spécifiant de façon explicite les attentes en regard de la prestation sécuritaire des soins et services ainsi que le suivi de l'utilisateur.

Un processus de reconnaissance est en place, à ce titre mentionnons par exemple des 5/7, un BBQ, une activité avec la famille et d'autres activités périodiques.

Une politique est en place concernant la violence en milieu de travail et à la portée de tous. Advenant, une situation en lien avec la violence en milieu de travail, les dirigeants du Centre analysent la situation, son niveau de gravité et les solutions y sont apportées rapidement.

Chaque membre de l'équipe a un dossier spécifique disposé dans un classeur verrouillé dans le bureau du département de comptabilité. Les dossiers du personnel consultés comprennent un contrat d'emploi, des titres de compétences, des documents relatifs à l'évaluation du rendement. Cependant, on ne retrouve pas d'information concernant la formation et le perfectionnement professionnel. Toutefois, le classement des documents est à géométrie variable dans les dossiers consultés. Le centre est invité à utiliser un modèle de gestion documentaire pour le classement des dossiers employés et à insérer les diverses formations obtenues au dossier de l'employé.

Il y a lieu de féliciter l'ensemble du personnel et la direction pour les excellents résultats (98%) au niveau du sondage sur la Qualité de vie au travail. La majorité des employés rencontrés mentionnent le goût, la passion, la fierté de travailler, on est comme une famille, la recherche de l'excellence, la sécurité des soins et des services données à la clientèle pour Le Centre de chirurgie RocklandMD.

## 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 : Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes</b>	
29.2 La clinique dispose d'un plan d'amélioration de la qualité.	
29.10 La clinique compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou de cliniques semblables.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le comité de direction assure la responsabilité formelle de la qualité et de la sécurité des services prodigués par le Centre. Il assume un rôle important dans l'instauration de la culture organisationnelle qui contribue à améliorer la sécurité des usagers. Le Centre est préoccupé de mettre la sécurité et l'amélioration de la qualité au cœur de ses activités.

La culture de la qualité et de la sécurité fait partie intégrante de l'approche de l'ensemble du personnel du Centre de chirurgie RocklandMD (CCRMD) : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, préposées aux bénéficiaires et préposé de la stérilisation, réceptionnistes et agentes de bureau, tous sont impliqués dans une démarche intégrée et coordonnée de la gestion de la qualité et de la sécurité. Les mots «Qualité et Sécurité» sont omniprésents tant au niveau des écrits que dans le vocabulaire du personnel et de la clientèle.

Un comité d'amélioration de la pratique (CAP) est en place et siège au moins une fois par mois sous la direction du président directeur médical du Centre de chirurgie. Il témoigne de l'importance stratégique accordée pour les services de qualité et de sécurité au niveau de l'organisation.

Un plan de sécurité relatif au processus organisationnel potentiel à risque lié aux risques des médicaments, à la prévention et contrôle des infections, à la prestation des soins et des services est en place. Ce plan est basé sur les données probantes de l'Institut Canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Suite aux résultats des questionnaires concernant le Sondage sur la Culture de sécurité, dont les drapeaux rouges et jaunes sont en lien avec les questions concernant le blâme advenant une erreur, le directeur médical a tenu une réunion avec le personnel, à laquelle les résultats ont été présentés. Les éléments de l'analyse ont été partagés et une discussion s'ensuit. Les mesures d'intervention sont inscrites au plan d'action. On invite le centre à refaire ce sondage à la lumière des discussions et des mesures mises en place et de se comparer.

Le Centre RocklandMD a réalisé un sondage auprès de 130 médecins. Le sondage a été tenu entre le 16 et 25 mars 2019. Le taux de réponse obtenu a été de 66 %. Les résultats ont démontré un excellent taux variant entre 98 et 100% de satisfaction. Une satisfaction excellente au niveau de l'expérience générale, de la notion de sécurité pour le client et le personnel, de l'environnement, de l'équipement médical, de la compétence du personnel et de l'organisation et de la logistique. Bravo à tous!

Un rapport trimestriel est déposé au comité de direction et par la suite partagé avec l'ensemble du personnel. Une fois par année, le rapport est partagé avec le comité des usagers.

Les politiques de déclaration des incidents/accidents et de divulgation des événements indésirables sont en place et connues de l'ensemble du personnel du Centre de chirurgie. Un formulaire AH-223 est utilisé pour la déclaration des accidents /incidents. Les événements indésirables sont bien documentés et un suivi est assuré auprès des intervenants et de la direction. Les événements indésirables sont présentés trimestriellement au comité de direction.

Les gestionnaires utilisent d'autres méthodes pour évaluer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts au CCRMD. Par exemple, un appel téléphonique est fait 24 heures post-chirurgie et une évaluation de satisfaction est effectuée pour la clientèle privée concernant leur satisfaction et leur expérience vécue. On encourage le centre à utiliser le même processus pour la clientèle publique. L'équipe utilise ces informations pour maintenir ou améliorer la qualité et la sécurité des services offerts à sa clientèle.

En début de 2018-2019, une analyse prospective concernant l'analyse des coûts des interventions est en cours de réalisation.

Sur le Web, on retrouve l'offre de services avec une brève description de la procédure chirurgicale et la clientèle est invitée à appeler au centre s'il y a un besoin d'informations supplémentaires. Divers outils sont en place; à titre d'exemple des feuillets, des guides explicatifs remis à la clientèle et leurs proches concernant la préparation préopératoire, les informations concernant la chirurgie et le post opératoire, et ce, dans un langage compréhensible. Plusieurs audits ont été réalisés; à titre d'exemple l'hygiène des mains.

Une démarche de trajectoire de services en sept étapes a été réalisée pour le cheminement du patient lors d'un épisode de soins et particulièrement pour une intervention en endoscopie digestive. Il y a lieu de féliciter le centre et on l'encourage à poursuivre le processus pour l'ensemble de ses activités.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté. Le processus de formulations des plaintes est en place et bien structuré, une personne au niveau de la direction assume le rôle de commissaire des plaintes. Bravo pour cette innovation!

Des rapports trimestriels formalisés sur la sécurité des patients incluant les accidents, incidents et événements indésirables et les suivis sont transmis aux dirigeants du Centre de chirurgie RocklandMD. De

plus, advenant des évènements indésirables, les informations concernant la sécurité des usagers sont transmises en temps réel à la direction.

Le Centre de chirurgie ne se compare pas avec d'autres cliniques. On encourage le centre à se comparer avec des cliniques similaires soit au niveau provincial, national et international opérant le même type de chirurgies dont le but est d'améliorer les services offerts à la clientèle.

## 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)

On retrouve, dans les documents consultés, un processus communément appelé Code de conduite, incluant à titre d'exemple, ce que toute personne œuvrant à la clinique doit posséder: «Avoir un comportement professionnel, rassurant et courtois. Il n'y a aucune place dans l'organisation pour des expressions de violence verbale ou physique que ce soit à l'égard d'un membre de l'équipe ou d'un patient, laisser le médecin traitant, et lui seul, communiquer au patient les informations relatives à l'acte médical posé».

La direction du Centre de chirurgie RocklandMD (CCRMD) accorde une grande importance au respect des Codes de déontologie propres à chacune des professions représentées dans l'équipe de soins.

Un document a été réalisé sur le code d'éthique décrivant la mission, les valeurs les rôles et les responsabilités des divers paliers de l'entreprise intégrant les notions de sécurité et de divulgation. Au niveau de l'étude clinique, on trouve la description du processus et les étapes clairement définies pour cibler, traiter et consigner toutes les questions liées à l'éthique, ainsi que le formulaire de demande d'avis au Comité d'éthique clinique CCRMD.

Par ailleurs, on retrouve un formulaire pour déposer une plainte relative à une manifestation de violence subie par un employé ou un prestataire de service formulée au Commissaire au code d'éthique et au code de conduite, la personne responsable pour l'organisation en ce qui a trait aux plaintes et aux insatisfactions.

## Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Il existe des ententes de collaboration avec des partenaires de soins de santé, à titre d'exemple, les cliniques d'imagerie médicale, le CHU de Ste-Justine et les CIUSSS de la région de Montréal. Il y a des ententes de services signées pour le transfert des cas en situation d'urgence advenant une complication majeure.

Le personnel rencontré mentionne être très satisfait de la diffusion des informations ainsi que les modalités en place. Il existe un processus écrit pour le transfert des renseignements et les dossiers des clients vers d'autres prestataires de soins et des services tout en respectant les lois et les règlements en vigueur.

Il existe un site Web avec les informations concernant l'offre de services du Centre de chirurgie RocklandMD. On invite le CCRMD à revoir régulièrement son site en tenant compte des meilleures pratiques.

La majorité des documents et le site Web sont écrits en deux langues (français et anglais), témoignant à nouveau de l'importance qui est accordée à la clientèle. Par ailleurs, selon les personnes rencontrées, le CCRMD est la seule clinique qui diffuse toutes les informations en deux langues au Québec et au Canada.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'environnement physique est excellent, les espaces sont propres, clairs, bien entretenus et fonctionnels.

L'équipe est félicitée pour la qualité de la sixième salle qui correspond aux standards les plus élevés pour une salle de chirurgie minimalement invasive moderne. Enfin, l'équipe est très chaleureusement félicitée pour sa sensibilité aux enjeux environnementaux; le bannissement des bouteilles d'eau en plastique est un exemple de cet engagement.



## 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)

Le dévouement et le professionnalisme du personnel assigné à ce service est à signaler.

La qualité de la gestion de tout le parc d'équipement et le programme d'entretien méritent d'être reconnues.

L'équipe est félicitée pour ne pas utiliser la stérilisation rapide et de stériliser des instruments à usage unique.

L'équipe est encouragée à poursuivre l'informatisation de ses processus de stérilisation pour faciliter la traçabilité des instruments en cas de problème lié à la stérilisation.

## 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 :

### 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.

### 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.

### 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.

## Ensemble de normes : Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<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.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

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

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

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

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe est félicitée pour son projet d'évaluation du coût par cas qui s'avère un succès d'analyse des données pour en tirer des enseignements pratiques dans la gestion d'une clinique. Une fois le dossier médical informatisé, le potentiel de générer des rapports d'analyses cliniques pour fins de gestion ou de pratiques cliniques sera très important. C'est une approche très avant-gardiste: félicitations.

L'équipe est encouragée à poursuivre l'informatisation de l'URDM (unité de retraitement des dispositifs médicaux) afin d'assurer la traçabilité des instruments en cas de défaut de stérilisation, de même que celle du dossier médical.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'épisode de soins se déroule de façon sécuritaire et conviviale pour le client. Le personnel est attentif et attentionné. Le client est bien informé, l'accès aux services est facile et les protocoles de transfert sont complets.

Le défi pour l'équipe sera de maintenir sans relâche ce niveau d'excellence.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les outils d'aide à la décision sont tout à fait satisfaisants. La sélection et la mise à jour des lignes directrices par le comité d'amélioration de la pratique est une initiative à signaler.

Le développement de la chirurgie bariatrique ambulatoire et la participation de la clinique à la médecine universitaire/académique (enseignement et développement de nouvelles approches) est un motif d'une fierté largement méritée.

L'établissement est félicité pour son comité de revue de morbidité et mortalité et son comité d'amélioration de la pratique. Les deux sont interdisciplinaires et les dossiers qu'ils traitent ont un réel impact sur les activités de la clinique. Considérant la petite taille de l'établissement (ce n'est pas un

hôpital avec des médecins temps plein) le travail accompli est remarquable.

Enfin signalons le projet de "boîte noire"(audio et vidéo) dans la salle de bariatrie. Cet outil permettra de vérifier la performance en vue d'apporter des améliorations. La recherche de l'excellence est portée à un niveau très élevé dans l'établissement tel que démontré par cette initiative. Ils méritent notre admiration.

#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion des médicaments et des produits contrôlés est exemplaire: félicitations à l'équipe.

#### **Processus prioritaire : Prévention des infections**

La formation et les audits sur l'hygiène des mains sont faites et la compliance aux normes s'est améliorée durant la dernière année: félicitations.

Le feuillet remis au client sur le dépistage des infections post-opératoires est une excellente initiative qui mérite d'être signalée.

Prévention et contrôle des infections: l'établissement bénéficie des services d'un consultant spécialisé sur place. C'est une collaboration précieuse considérant l'importance de la prévention et du contrôle des infections et l'étendue du savoir que cela implique. C'est à signaler.

En ce qui concerne la buanderie, une représentante de l'établissement visite le sous-traitant, elle est encouragée à se donner une grille d'évaluation formelle, possiblement développée avec le contrôle des infections, pour s'assurer que le sous-traitant répond aux normes de qualité de RocklandMD.

## Processus prioritaire : 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.

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

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

Il faut d'abord signaler la qualité de l'équipe. Le souci de la sécurité des clients et de la qualité des services est omniprésent. La collaboration et la convivialité animent tous et chacun des membres.

La qualité des équipements et des espaces sont aussi à signaler; en particulier la sixième salle qui peut accueillir une intervention majeure en orthopédie avec tout l'équipement que cela implique.

Le flot de l'information suit facilement le client à toutes les étapes de son cheminement jusqu'au congé. L'information transmise est complète et claire.

L'équipe est félicitée pour la qualité et la quantité d'information remises au client pour l'aider à prendre une décision éclairée concernant l'intervention planifiée.

Enfin l'équipe est encouragée à mieux documenter dans son plan de soins les objectifs et les résultats attendus par le client et le suivi sur l'atteinte de ses résultats avec le client.

## 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

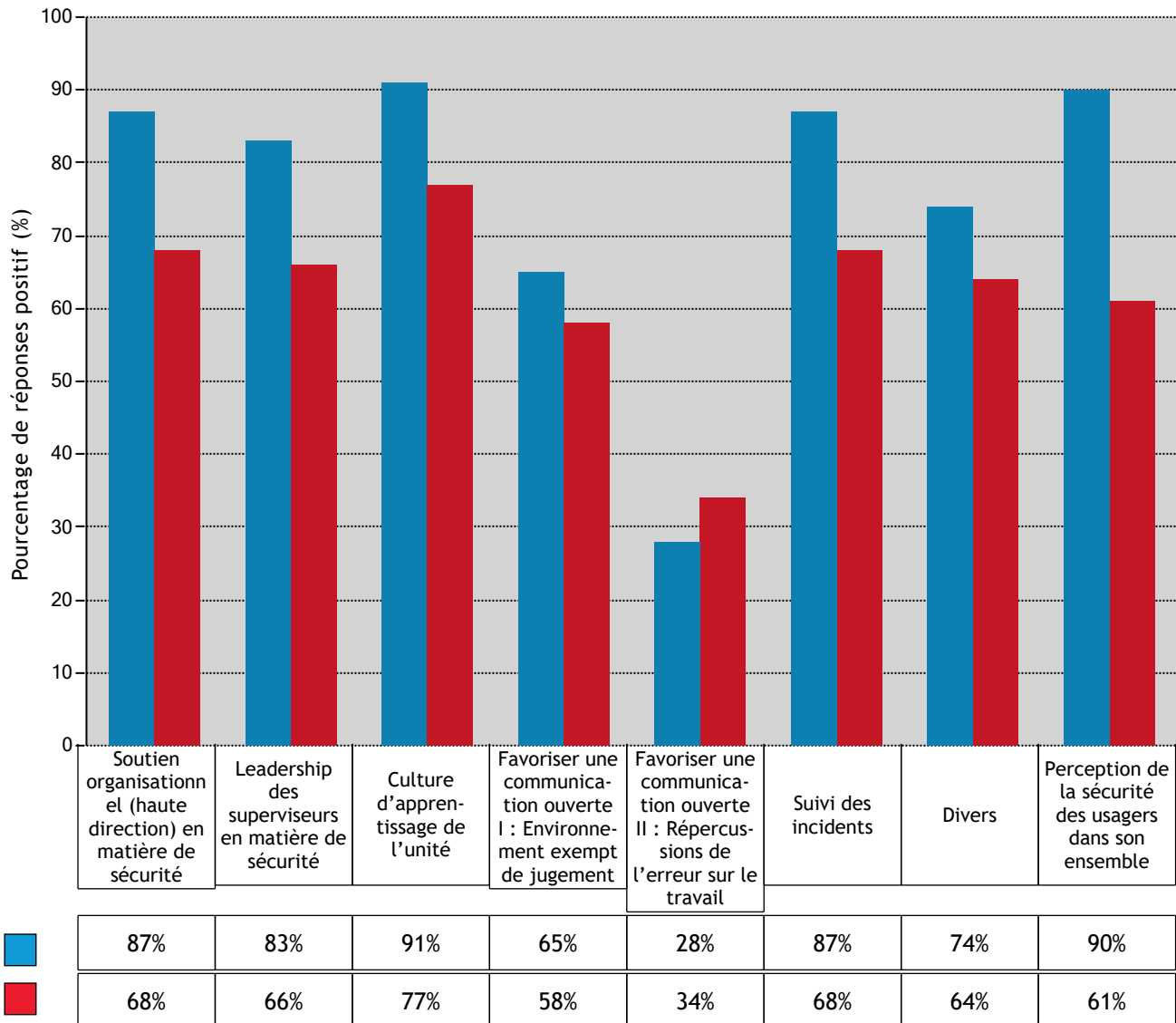
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 21 janvier 2019 au 25 février 2019**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 27**
- **Nombre de réponses : 58**

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



**Légende**

- Centre de chirurgie RocklandMD
- \* 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 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

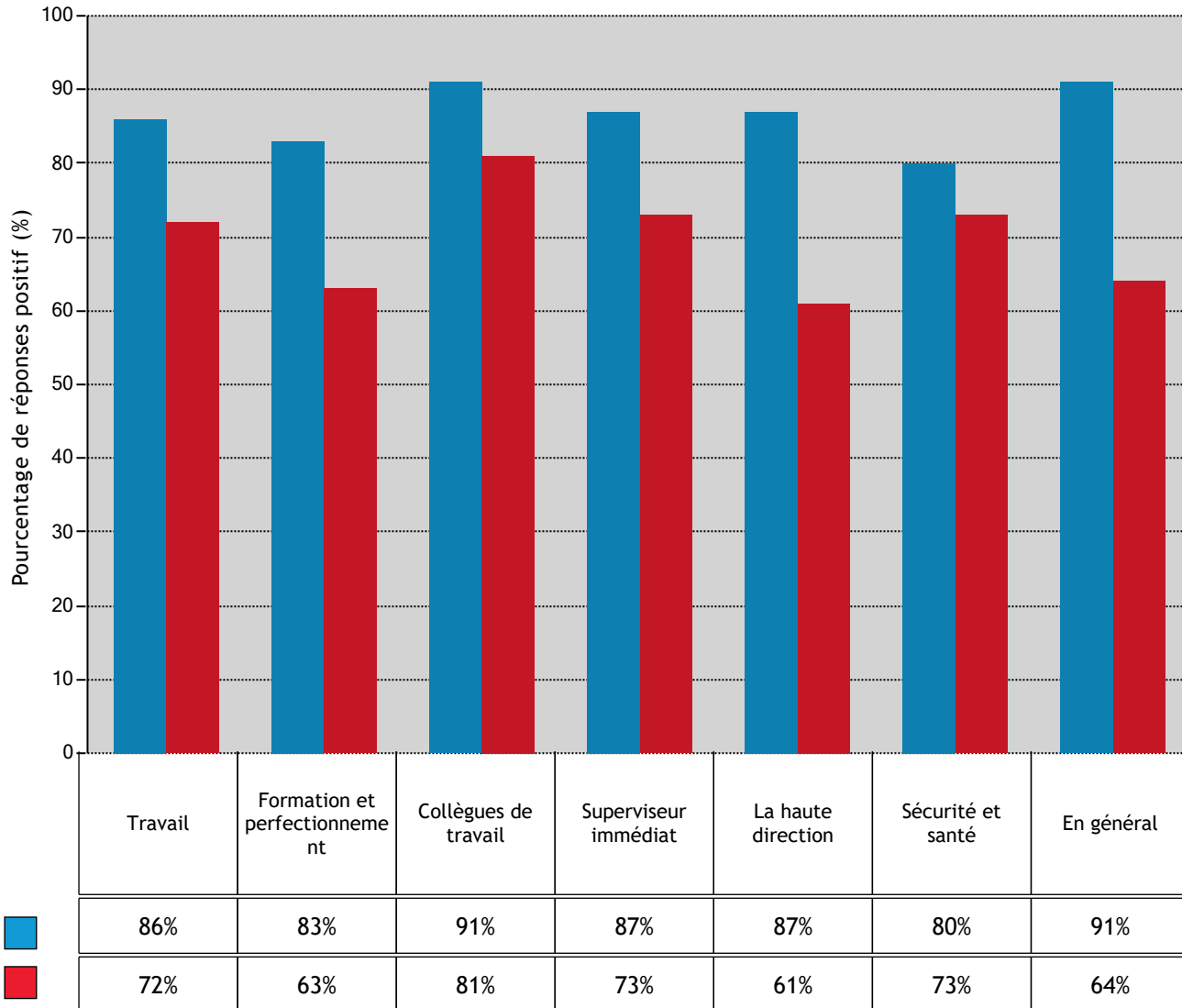
Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

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

- **Période de collecte de données : 23 septembre 2018 au 18 octobre 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 42**
- **Nombre de réponses : 56**



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



**Légende**

■ Centre de chirurgie RocklandMD

■ \* 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 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Bonjour,

En premier, je désire remercier les visiteurs de leur visite et de leurs commentaires constructifs.

En relisant le rapport préliminaire, j'aurais les remarques suivantes.

A la page 14 , on lit:

Critère non respecté

La clinique dispose d'un plan d'amélioration de la pratique.

Pourrait on être plus spécifique car nous disposons dans les faits d'un plan d'amélioration de la pratique très exhaustif mais nous ne l'avons pas illustré dans un chiffrer. Je pense que c'est très important car présenté comme il l'est aujourd'hui dans le document ne rend pas justice à ce qui est fait réellement en ce sens au Centre de chirurgie RocklandMD.

Comme vous le savez, comme véhicules et actions visant l'amélioration de la pratique nous avons entre autres :

- Nous avons un comité amélioration de la pratique qui se réunit régulièrement . Ce comité veille à l'amélioration de la pratique clinique à tous les niveaux.
- Nous avons un comité du bloc opératoire qui veille aux pratiques plus spécifiques en lien au bloc opératoire
- Nous tenons des séances de formation sur une base régulière.
- Nous tenons des réunions des réunions Incidents Accidents au besoin
- Nous offrons aux employés des cours de formation . Certains des frais d'inscription sont assumés par l'entreprise : ACLS , RCR , congrès annuel de l'association des techniciens en URDM.
- Nous offrons un encadrement médicalisé important avec un vice directeur de la chirurgie et un autre vice-directeur en anesthésiologie avec rétroaction sur une base régulière
- Nous accueillons des chirurgiens, des résidents et fellows en chirurgie et des anesthésiologistes des milieux académiques de l'université de McGill et de l'université de Montréal. Ceci nous oblige d'être toujours à jour dans nos processus et nos connaissances
- Nous avons un directeur médical permanent qui prend tous les commentaires des professionnels de la santé qui oeuvrent au Centre.
- Nous avons une directrice au service à la clientèle qui recueillent les commentaires des usagers et de leur famille et en fait part lors des réunions d'amélioration de la pratique
- Nous faisons des appels de suivi et des enquêtes de satisfaction
- Nous avons une équipe permanente de soins avec une culture axée vers l'amélioration constante des pratiques.

Pour la traçabilité des instruments , on reconnait qu'il s'agit d'une démarche souhaitable mais je n'ai trouvé nulle part comme quoi il s'agissait d'une norme obligatoire. A titre d'exemple, l n'y a aucune mention de traçabilité au niveau de la norme Z-314 du CSA.

Nous trouvons 2 non conformités dans la section Milieu de travail et 2 non conformités dans la section Pertinence. Dans le rapport préliminaire nulle part ces non conformités sont elles expliquées .

Il serait bon pour nous de les connaitre et de les commenter au besoin.

Merci,

Fernand Taras

## 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.