



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre Métropolitain de Chirurgie plastique

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 19 au 20 novembre 2018

Date de production du rapport : 18 décembre 2018

Au sujet du rapport

Centre Métropolitain de Chirurgie plastique (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	12
Processus prioritaire : Capital humain	14
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	16
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	17
Processus prioritaire : Communication	18
Processus prioritaire : Environnement physique	19
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	20
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	21
Ensemble de normes : Cliniques médicales ou chirurgicales indépendantes - Secteur ou service	21
Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	26
Résultats des outils d'évaluation	27
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	27
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	29
Annexe A - Programme Qmentum	31
Annexe B - Processus prioritaires	32

Sommaire

Centre Métropolitain de Chirurgie plastique (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 Métropolitain de Chirurgie plastique 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 : 19 au 20 novembre 2018**

- **Emplacements**

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

1. Centre Métropolitain de Chirurgie plastique
2. Maison de convalescence Asclépiade

- **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.)	154	0	0	154
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	19	0	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.)	83	0	1	84
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	3	0	0	3
Total	303	0	1	304

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	161 (100,0%)	0 (0,0%)	0	126 (100,0%)	0 (0,0%)	1	287 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Total	161 (100,0%)	0 (0,0%)	0	126 (100,0%)	0 (0,0%)	1	287 (100,0%)	0 (0,0%)	1

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (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
But en matière de sécurité des patients : Communication			
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
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
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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 Métropolitain de chirurgie (CMC) est particulier, car il est le seul centre hospitalier privé au Québec depuis 1973.

Sa mission est d'assurer un haut niveau de qualité des soins et de services liés à la chirurgie. Ses activités sont électives et couvrent la chirurgie bariatrique, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, la chirurgie urologique et la chirurgie transsexuelle.

Le CMC fait partie du complexe chirurgical CMC auquel s'ajoutent deux divisions soit le groupe SMTL et la maison de convalescence l'Asclépiade.

La présente visite d'Agrément Canada concerne le CMC et l'Asclépiade. Cependant, étant donné le lien entre ses structures, les visiteurs ont eu l'opportunité de les visiter.

Le Centre est la propriété du médecin responsable Dr Pierre Brassard depuis 2005 auquel s'associe la directrice générale.

L'équipe du CMC est composée d'une vingtaine de médecins, chirurgiens ou anesthésistes, et d'une centaine d'employés, notamment infirmières, inhalothérapeutes, travailleur social, techniciens et préposées.

Des changements physiques importants ont eu lieu au cours des années. À la suite d'un incendie en 2016, une restructuration et un agrandissement de près de 150 % viennent d'être complétés.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé du médecin responsable et de la directrice générale.

Le comité de vigilance et l'exécutif du CMDP sont les deux principaux comités qui viennent alimenter les discussions.

Les membres du CA s'associent à des consultants régulièrement, comme une avocate en droit du travail.

La communauté et les partenariats établis avec celle-ci.

Le CMC est le seul centre au Canada qui procède de la chirurgie transsexuelle. Il est une référence mondiale dans le domaine de la chirurgie transexuelle.

Il est donc en contact avec plusieurs partenaires du réseau de la santé et avec les instances gouvernementales des autres provinces canadiennes.

Le CMC a aussi des liens avec la faculté de médecine de l'Université de Montréal, car il reçoit des médecins résidents pour des stages de chirurgie plastique. Enfin, le CMC participe avec le Centre universitaire de santé McGill dans des projets de recherche.

La visibilité du CMC s'inscrit dans les activités scientifiques mondiales pour les soins spécifiques de cette clientèle.

La direction

La direction est assumée par le médecin responsable et la directrice générale. Il existe une belle complicité entre les deux permettant une gestion rigoureuse du CMC.

La gestion des opérations et la gestion quotidienne sont assumées par des employés qui ont des fonctions de gestionnaires ou de chef de département. C'est un bel exemple de gestion participative.

La dotation en personnel et la qualité de vie au travail

Le recrutement est surtout fait de bouche à oreille.

Des initiatives intéressantes, comme l'employé-recruteur, sont mises de l'avant afin de s'assurer d'un personnel compétent et intéressé à la clientèle et aux types de chirurgies pratiqués dans le CMC.

Le personnel est assigné en fonction de leur intérêt pour un secteur favorisant une meilleure rétention.

La direction des ressources humaines ne ménage pas les efforts pour s'assurer de la qualité de vie au travail.

La prestation des soins et services

La prestation des soins et services est conforme aux standards et aux données probantes.

Les suivis rigoureux et la surveillance de la clientèle sont les forces du CMC.

Le souci de donner des soins de qualité est digne de mention.

Le CMC compte sur un personnel dévoué dont les expériences de travail sont également reconnues dans d'autres milieux.

La stabilité du personnel et la taille de l'équipe favorisent un climat de travail ouvert où l'approche interdisciplinaire est privilégiée.

La gentillesse, le professionnalisme, le sourire, le respect, la discrétion et surtout le non-jugement sont les prémisses de l'accueil et du service chaleureux.

La satisfaction des clients

Les questionnaires de satisfactions sont tout à l'honneur de la clinique.

Le CMC a le doigté nécessaire pour sa clientèle. Le centre a apporté, au cours des années, les modifications afin de s'assurer que les patients soient satisfaits des soins et services.

« Nous offrons la chirurgie du bonheur » semble être la marque de commerce.

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)

Non seulement le Centre métropolitain de chirurgie (CMC) dispose d'un énoncé de mission écrit et d'un énoncé de valeurs, mais il l'utilise dans les communications avec ses employés et sur son site WEB.

Le CMC a établi des buts et des objectifs en lien avec ses programmes et en lien avec les résultats des questionnaires de satisfaction. Il y a des indicateurs de suivi.

La direction analyse les résultats et prend les mesures appropriées dans le cadre de son processus d'amélioration continue.

En surcroît, les patients peuvent communiquer des commentaires et même des insatisfactions en personne, par téléphone ou par courriel à l'adresse : Insatisfaction@cmcmontreal. Un registre est tenu. Chaque demande est analysée et une réponse est donnée.

Le CMC dispose d'un plan stratégique avec des objectifs et un plan d'action (une « To do list »).

Une des grandes améliorations en fonction des renseignements recueillis au sujet des besoins des patients est la mise en place d'une équipe préopératoire, composée de trois infirmières cliniciennes et d'un suivi systématique postopératoire. L'équipe s'assure non seulement que le dossier est complet, mais aussi que le patient a toute l'information requise pour prendre une décision éclairée.

Bien que l'équipe pré-opératoire a évalué sa façon de faire, il pourrait être intéressant que d'autres membres du CMC procèdent à une évaluation de ce processus. Un regard 'extérieur' peut être source d'amélioration.

Les problèmes liés à l'éthique sont facilement cernés pour l'ensemble du personnel.

Mme Mélanie Dupuis, directrice générale, est comptable de formation. Elle prépare le budget annuel et s'assure de respecter les exigences de la loi et des méthodes comptables. Il n'y a pas de budget par direction, mais le tout est discuté avec les directeurs et les décisions sont entérinées par le conseil d'administration.

La gestion est participative. Les contacts médecins, directeurs, gestionnaires et personnel sont fréquents, journaliers même.

Dans un futur rapproché, la direction a l'intention de mettre en place un site Web afin d'établir un réseau avec les médecins référents. Un deuxième site Web devrait être mis en place pour les patients afin qu'ils puissent assurer eux-mêmes leur progression.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Le recrutement du personnel professionnel peut poser certaines difficultés. D'une part, cette difficulté est consécutive à la pénurie généralisée dans le domaine de la santé. D'autre part, les soins et services offerts, notamment pour la chirurgie transsexuelle, exigent des compétences particulières et une approche particulière pour ce type de clientèle. Le CMC peut avoir recours à des agences de recrutement ou des chasseurs de têtes.

Afin de s'assurer un recrutement optimal, le CMC a mis en place un processus d'employé-recruteur. L'employé qui recrute un nouvel employé sera récompensé. Cette initiative fait en sorte que les nouvelles recrues sont bien informées concernant la prestation de services et de soins.

Le CMC s'assure d'une formation de base qui correspond aux plus hauts standards de pratique. À ce titre, le CMC a conclu une entente afin de pouvoir utiliser le matériel du programme de formation en soins infirmiers périopératoires de base de l'Université de Sherbrooke (SIPO).

La direction fait d'importants efforts pour favoriser un milieu de travail où il fait bon vivre. La terrasse des employés est un exemple, rapporté par la direction, pour améliorer le bien-vivre.

Le personnel s'organise à l'intérieur de chaque département afin de satisfaire les horaires de chacun. Les activités sociales, la nomination de l'employé modèle, la journée des employés sont quelques exemples d'initiatives de la direction favorisant l'implication des employés et la satisfaction de ceux-ci. Le personnel consulté apprécie ces efforts et se dit satisfait des conditions de travail, notamment de l'horaire.

L'engagement d'un travailleur social, qui est aussi psychothérapeute, et l'accompagnement par une avocate en droit du travail viennent rehausser le capital humain du CMC.

De plus, le faible taux de roulement des employés, le faible taux d'accidents et le faible taux de maladies viennent contribuer et confirmer que les personnes sont heureuses dans ce milieu.

Les évaluations du rendement sont en cours.

Les relations avec l'employeur sont cordiales et personnalisées. Tous s'entendent pour dire que la qualité, la sécurité et le bien-être sont des éléments incontournables que ce soit pour les patients ou les employés.

Nous encourageons la direction à mettre à jour le manuel de l'employé, celui-ci datant de 2012.

De plus, les équipes sont encouragées à poursuivre les efforts afin que tous leurs objectifs soient Simples, Mesurables, Atteignables et Réalisables dans un temps donné (SMART).

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Depuis les dernières années et surtout depuis l'année 2016, l'année de l'incendie, la direction a élaboré, a implanté ou s'est assurée du suivi des procédures de sécurité spécifiques pour le CMC. À titre d'exemple, la sécurité des usagers et du personnel, la sécurité de l'équipement, etc.

Le plan de sécurité des patients contient des mesures de dépistage des situations à risques, des mesures visant la sécurité et l'amélioration des soins et services ainsi que l'ensemble des mesures de suivi.

Tous les risques potentiels ont été évalués par le comité de gestion des risques. La direction s'appuie beaucoup sur les énoncés et recommandations de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Le CMC a mis en place tout un mécanisme de gestion des événements en lien avec la sécurité. La direction a une connaissance pointue des processus. Elle en informe les personnes concernées et assure un suivi en temps requis.

Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité sont bien définis.

Des événements soulignent et sont source d'information pour le personnel sur la sécurité. Mentionnons, la semaine de la sécurité en octobre de cette année, la clinique de lavage des mains et la semaine de la confidentialité avec les affiches et les napperons.

Comme le CMC a un statut d'hôpital, la gestion des événements découlant de la prestation de soins est soumise aux mêmes exigences que les hôpitaux. C'est le questionnaire de satisfaction, en français et en anglais, qui est la principale source d'information que transmettent les patients au CMC. La clientèle transsexuelle, qui représente une part importante de la clientèle, complète en grand nombre le questionnaire de satisfaction; ce qui permet au CMC d'évaluer la qualité de ses services.

Cependant, l'apport des patients comporte certaines difficultés. D'une part, la clientèle en esthétique recherche la confidentialité et peut être réticente à fournir de l'information verbale.

Nous encourageons le CMC à formaliser la transmission trimestriellement des rapports au conseil d'administration sur la sécurité des patients.

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)

Le CMC possède un code d'éthique et un code de conduite qui datent de l'automne 2018.

Plusieurs composantes éthiques sont répertoriées dans les documents comme l'engagement à la confidentialité, l'engagement du personnel au code d'éthique, comme l'éthique à l'égard de la clientèle.

Concernant les conflits d'intérêts, on en fait mention dans le règlement du Conseil des médecins dentistes et pharmaciens. Celui-ci est en révision. Le règlement du CMC en fait aussi mention. Ce document date de 2013 et est aussi en révision.

Afin d'améliorer la prestation de soins, le CMC a l'intention de mettre en place une télémédecine qui permettrait de rencontrer virtuellement tous les patients avant l'arrivée de celui-ci au centre.

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)

Au Québec le CMC a établi plusieurs partenariats avec les Centres locaux de services communautaires. Un partenariat existe aussi avec l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSC) pour les transferts en cas d'urgence. Des ententes et contrats concernent aussi l'HSC pour les services du génie biomédical.

Étant donné que le CMC est le seul centre hospitalier privé dont les activités sont liées à l'exécution de chirurgies transsexuelles au Canada, l'information des services se fait surtout de bouches à oreilles.

Au Canada, le CMC a des contacts avec les différents gouvernements provinciaux.

De plus, les chirurgiens participent à des congrès en lien avec ce type de chirurgie. Ce qui fait en sorte que plus de 70% de la clientèle provient de l'extérieur du Québec, notamment dans les autres provinces, mais aussi des États-Unis, d'Europe, de l'Asie et de l'Australie.

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)

Le réaménagement de la clinique a eu lieu après l'incendie en 2016. Le bloc opératoire, et la stérilisation ont été aménagés. Par la suite, la superficie de la clinique a été augmentée de 150%. La chirurgie d'un jour, les bureaux des médecins, la 4e salle de chirurgie, les locaux administratifs, la salle des visiteurs ainsi que le garage ont été récemment complétés.

L'environnement physique pour les salles d'opération est conforme aux standards.

C'est vaste, accueillant, reposant et intime tant pour le patient que pour le personnel. La circulation dans le bloc opératoire a été bien planifiée pour respecter la qualité, la sécurité et l'intimité.

La maison de convalescence, l'Asclépiade, est un milieu très bien aménagé, favorisant les contacts humains, le confort tout en ne négligeant pas les services et soins à recevoir.

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)

Depuis la dernière visite, des travaux majeurs dans le secteur périopératoire ont été effectués suite à l'agrandissement. À la stérilisation, les locaux sont propres et les zones propres sont séparées des zones contaminées. Il faut cependant noter qu'un croisement entre le matériel souillé et propre peut arriver dans le corridor entre la salle d'opération et l'URDM. Des efforts préventifs sont faits mais il est suggéré à l'organisme de s'assurer d'une vigie constante.

Les différentes étapes de stérilisation sont conformes et les tests biologiques et chimiques sont faits selon les recommandations de l'organisme. L'information est consignée et accessible en cas de problématiques et/ou si les tests de stérilisation ne seraient pas valides. Il serait utile d'avoir une application informatique qui permettrait d'assurer une traçabilité du matériel stérilisé. Certaines politiques sont en cours d'élaboration dont celles sur les rappels et les alertes. Il est proposé à l'organisme de poursuivre ses efforts d'amélioration pour l'élaboration des dites politiques.

Le personnel de l'URDM est compétent et soucieux de la qualité des services offerts. Ils ont reçu la formation accréditée et connaissent les procédures. Ils anticipent le travail dans leur planification de leur journée. Ils utilisent le matériel de protection individuelle selon les zones de travail. Le respect des différentes zones est rigoureux. Tout le matériel est emballé selon les normes. Les indicateurs sont apposés sur les différents plateaux et les échéanciers sont vérifiés. Les documents de référence pour la préparation des plateaux sont très visuels. De façon exceptionnelle, la stérilisation de type flash est utilisée et un rapport AH-223 est fait.

Une politique d'achat pour les équipements est disponible à partir de l'identification des besoins en regard des équipements. De plus, il faut noter le programme d'entretien préventif des équipements médicaux qui bénéficie d'un suivi rigoureux autant pour les contrats externes que de la maintenance locale. L'équipement des salles d'opération répond aux standards de qualité et aux normes. La surveillance peropératoire et postopératoire respecte les standards et est faite à l'aide de matériel de qualité.

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
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
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**

Le personnel est compétent et travaille en étroite collaboration avec l'équipe médicale. Plusieurs professionnels rigoureux prennent en charge la clientèle de la préparation préopératoire jusqu'au départ. Il existe une belle complicité entre les intervenants. Le personnel est encouragé à participer à des séances de formation sur des thèmes en lien avec les orientations de la clinique. Un programme de formation et d'orientation complet est en place pour le nouveau personnel et en cours d'emploi. Les besoins de formation sont identifiés à partir des commentaires du personnel. On s'assure de vérifier les connaissances et le degré d'appropriation lors de l'orientation et de la formation. De plus, les activités d'évaluation au rendement sont faites et des objectifs d'amélioration sont établis.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les patients sont accueillis avec le sourire et on prend soin de les rassurer dès leur arrivée. Les patients sont pris en charge par une équipe qui a à cœur le souci de l'être humain dans un contexte de transformation de genre pour la grande majorité de la clientèle. On respecte l'intimité en fonction du nouveau statut d'identification de genre du patient. Lors de l'épisode de soins, on remarque que le personnel est attentif aux demandes des patients, de répondre à leurs questions. La présence des accompagnateurs est facilitée tout au long du séjour à la clinique. La confidentialité est un aspect important que le personnel doit respecter et différentes mesures sont prises pour y arriver.

Un consentement opératoire et aux soins est signé lors de l'évaluation préopératoire et anesthésique. Une collecte de données clinique est faite dès l'arrivée par le personnel infirmier. On valide les différents éléments de risque et une décision clinique est prise pour s'assurer d'opérer le patient en toute sécurité.

On s'assure de la double identification dès la prise de contact initiale avec le patient et surtout avant le début de l'intervention chirurgicale.

Une excellente communication et un esprit de collaboration existent entre les intervenants de la clinique. L'écoute, le respect mutuel sont des preuves de cette collaboration. La surveillance clinique est omniprésente tout au long de l'épisode de soins. Le personnel est attentif aux moindres changements et en cas de nécessité, ils se réfèrent à l'anesthésiste responsable ou au chirurgien traitant. Des critères de

libération ou de congé sont déterminés afin de guider les intervenants dans une prise de décision sécuritaire pour le patient. Des documents d'information sont remis au patient en fonction de sa chirurgie.

À la maison de convalescence adaptée pour la clientèle, les patients sont pris en charge par un personnel soucieux de favoriser le rétablissement de la clientèle. On vise à favoriser la socialisation et le milieu de vie. Les soins sont dispensés en intégrant la dimension enseignement afin de le rendre le patient le plus autonome possible. L'équipe respecte les particularités des patients et s'adapte aux différentes réalités des patients. En cas de besoin, des personnes ressources peuvent supporter le personnel infirmier. L'équipe a un suivi systématique pour les deux principales clientèles qu'elle reçoit. L'équipe fait un suivi rigoureux et advenant une non-atteinte des objectifs, un réajustement est fait. Il serait intéressant que le suivi systématique débute en préopératoire afin de s'assurer d'un continuum de soins complet.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'information clinique est consignée au dossier du patient de façon manuscrite tout au long de l'épisode de soins. Au départ, le dossier est numérisé, mais il est constaté un certain délai pour rendre disponible l'information électronique. L'équipe est encouragée à accélérer ce processus. De plus, l'équipe retrouve de l'information clinique dans Medesync, dossier numérisé et dossier papier. L'équipe est encouragée à réfléchir sur l'informatisation des soins afin que toute la documentation de l'épisode de soins se retrouve dans la même application.

Les membres de l'équipe ont l'occasion de se tenir à jour (congrès, rencontres d'information) et ainsi offrir à la clientèle les meilleures pratiques cliniques. Les pratiques cliniques sont basées sur les données probantes de la WPATH (world professional association for transgender health), des différentes associations professionnelles et des congrès. L'équipe est très ouverte à faire des ajustements pour se conformer aux meilleures pratiques cliniques. L'équipe commence à colliger certaines données dans le but de faire des projets de recherche. L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux afin de devenir un leader de la recherche dans ce domaine. Le personnel a accès à un système informatique (intranet) où l'on retrouve l'information pertinente telle que les méthodes de soins, les politiques et procédures ou pour permettre de vérifier les données probantes.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments est encadrée par des politiques et procédures qui guident les différents intervenants. L'approvisionnement de la médication est fait par une compagnie privée de distribution des médicaments. La médication est rangée dans des armoires sécuritaires. Les pratiques organisationnelles reliées à la gestion des médicaments sont conformes et l'équipe s'assure de leur respect. La double vérification est effectuée lorsque requise particulièrement avant l'administration de médicaments à haut risque. Des ordonnances collectives sont élaborées pour faciliter la pratique infirmière en toute légalité. La liste des abréviations dangereuses et les médicaments de niveau d'alerte élevé sont disponibles. L'équipe est consciente que l'inventaire de certains médicaments est élevé. L'équipe est encouragée à poursuivre sa réflexion afin de diminuer ses stocks de certains médicaments.

La gestion des médicaments est sous la supervision de la directrice des soins infirmiers. Aucune prescription n'est validée par un pharmacien. Il serait intéressant que l'équipe se questionne sur l'apport professionnel d'un pharmacien pour assurer des soins optimaux en matière de gestion de la médication.

Les pratiques organisationnelles reliées à la gestion des médicaments sont conformes aux normes. Les patients sont invités à apporter leurs médicaments personnels. Ceux-ci sont pris en charge par l'équipe de soins selon une procédure très rigoureuse. Dès le transfert à la maison de convalescence, le patient s'autoadministre sa médication sauf pour la gestion de la douleur.

L'équipe a accès à l'information en ligne pour toute question reliée à la médication. Le contrôle des narcotiques respecte les normes en vigueur. Un registre de signature est en place et un contrôle est fait au début et à la fin de la journée.

Un suivi serré des dates de péremption est fait par une infirmière. La formation sur les pompes à perfusion a lieu annuellement. Des documents de référence sont disponibles.

L'équipe est sensibilisée à la gestion des risques et une culture de déclaration des incidents-accidents est présente dans la clinique. La déclaration se fait sur le formulaire AH-223-1 de façon manuscrite et transférée par la suite dans l'application SSSS. Les résultats sont analysés dans un objectif d'amélioration. Ceux-ci sont diffusés au personnel, au comité de direction et au comité de gestion des risques.

Processus prioritaire : Prévention des infections

Un programme de prévention des infections est en place basé sur les données probantes. Différents documents émanant d'organismes servent de référence. Notons ceux de l'institut national de santé publique du Québec, de l'association en santé et sécurité au travail (ASSTSAS) et d'autres organismes reconnus. L'équipe tient à instaurer une culture de prévention des infections dans la clinique. Chaque année, une journée de formation et de sensibilisation a lieu pour le personnel sur l'hygiène des mains. Lors de la journée de formation, l'équipe valide la conformité au lavage des mains en utilisant une technique qui permet de voir si le lavage des mains est fait correctement. Des correctifs sont apportés séance tenante. Il serait pertinent que l'équipe s'assure de faire des audits périodiquement sur le lavage des mains lors des activités régulières. Le souci du lavage des mains doit demeurer une préoccupation quotidienne pour l'ensemble des intervenants.

L'équipe fait le suivi des infections postopératoires et tient des statistiques qu'elle partage avec ses partenaires. Quoique peu fréquent, le personnel connaît comment agir si des épisodes d'infections se présentaient. La documentation est disponible.

Différentes actions sont prises pour assurer la vaccination antigrippale du personnel qui se fait sur une base volontaire. Lors de l'embauche, des vérifications sont faites sur le statut immunitaire du personnel. Des tests de température des différents frigidaires sont faits et consignés tous les jours.

L'hygiène et salubrité est un service essentiel qui vise à donner des services pour assurer la sécurité des usagers en matière de prévention et d'entretien. Les locaux sont d'une propreté impeccable. Un ménage est fait entre chaque cas opératoire. Toutes les armoires sont recouvertes d'un matériel facilitant le nettoyage.

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)

La préparation opératoire débute plusieurs mois avant la date prévue de la chirurgie. Les infirmières de la clinique préopératoire contactent le patient en personne, par téléphone ou par courriel pour diffuser l'enseignement et s'assurer de la bonne compréhension de la chirurgie. Des documents de référence sont disponibles. Un suivi rigoureux est fait tout au long du processus pré-admission et plusieurs appels sont faits pour faciliter la rétention de l'enseignement. Dans les cas plus complexes, un plan interdisciplinaire est fait et un contrat thérapeutique est signé par le patient.

Le circuit périopératoire de l'arrivée jusqu'au départ du patient est fait avec rigueur et professionnalisme. Les patients sont pris en charge dès leur arrivée et on leur offre des soins respectueux et humains.

Une évaluation est faite en amont et à l'arrivée du patient à la clinique. Le chirurgien et l'anesthésiologistes rencontrent les patients avant la chirurgie. Le consentement opératoire est signé. Tout au long de l'épisode de soins, une surveillance clinique est faite selon l'état du patient et du type de chirurgie. L'équipement nécessaire à la surveillance est adéquat et le personnel est qualifié pour répondre aux besoins de la clientèle. Lors de l'intervention chirurgicale, un calme relatif est observé dans la pièce. Le temps d'arrêt et le décompte opératoire sont des étapes respectées par le personnel et sont notées au dossier du patient. Les règles spécifiques au bloc opératoire sont respectées. L'équipe s'assure qu'un accompagnateur est présent avant de libérer un patient.

On retrouve dans un cahier tout le matériel requis pour chaque chirurgie. Cependant, il serait pertinent de remettre ce cahier à jour car de nombreux changements ont été notés.

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

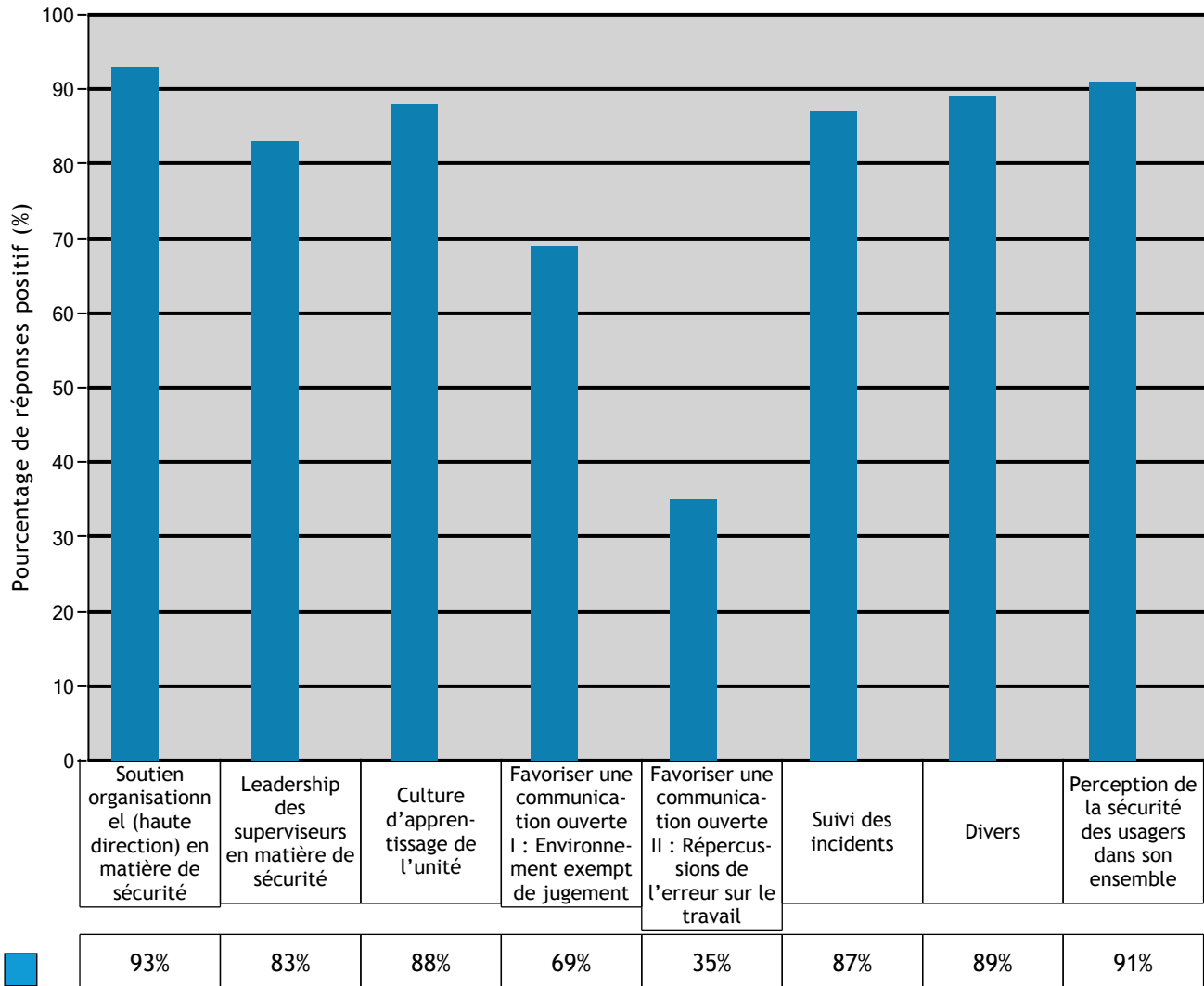
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 19 septembre 2018 au 10 octobre 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 39**
- **Nombre de réponses : 69**

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



Légende

■ Centre Métropolitain de Chirurgie plastique

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

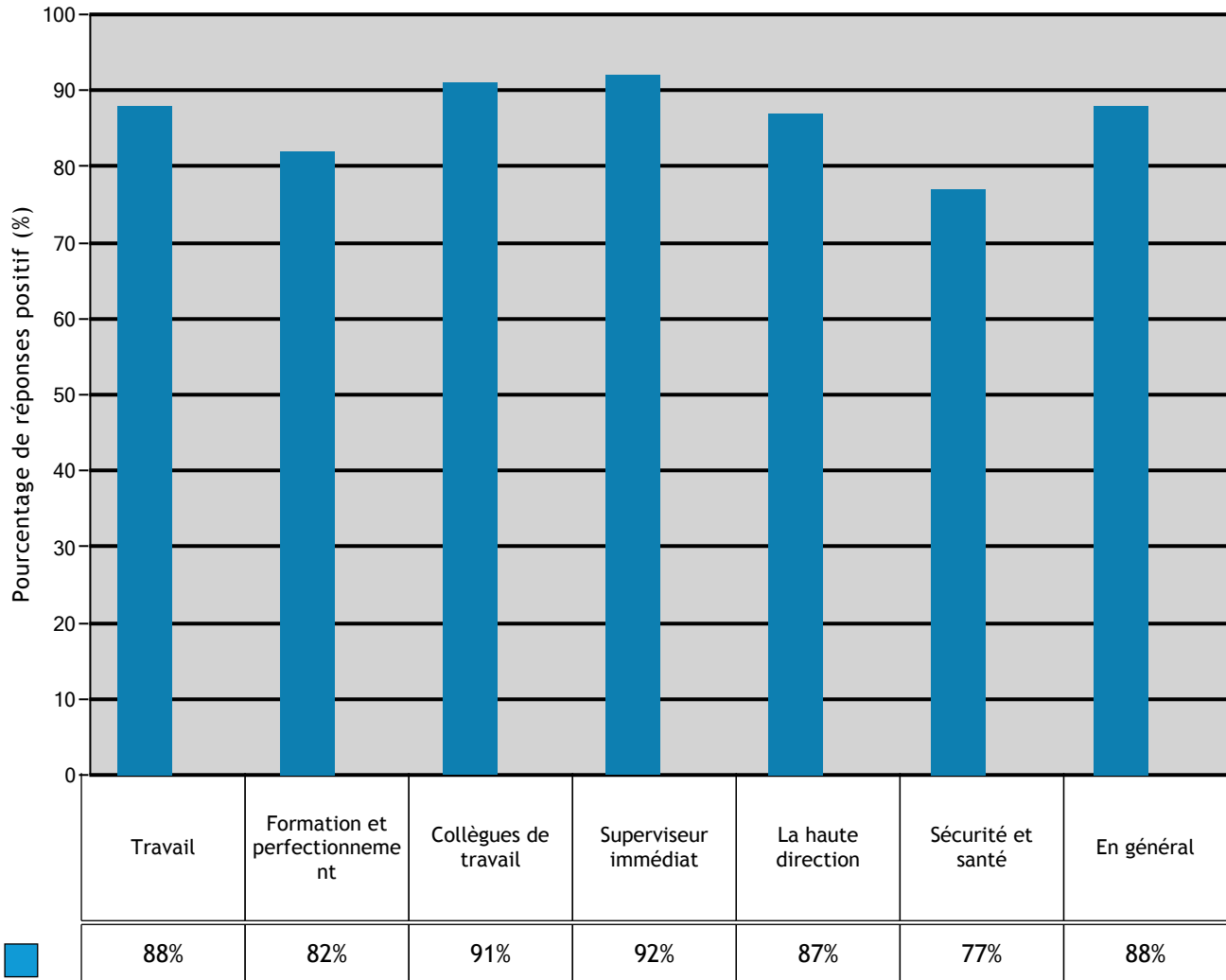
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 19 septembre 2018 au 10 octobre 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 59**
- **Nombre de réponses : 73**

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



Légende

■ Centre Métropolitain de Chirurgie plastique

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.