



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum GlobalMC pour
l'agrément canadien

**Centre d'accueil le Programme de
Portage inc.**

Version du rapport: 04/07/2025

Confidentialité

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation, et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licence, 2025. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité	2
À propos d’Agrément Canada	4
À propos du rapport d’agrément	4
Aperçu du programme	4
Sommaire	6
À propos de l’organisation	6
Sommaire des observations de l’équipe de visiteurs	7
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	8
Soins centrés sur les personnes	9
Aperçu de l’amélioration de la qualité	10
Statut d’agrément	11
Installations évaluées dans le cadre de la visite d’agrément	11
Pratiques organisationnelles requises (POR)	12
Résultats de l’évaluation divisés par normes	15
Principales normes	15
Excellence des services	15
Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers	18
Gouvernance	20
Leadership	24
Prévention et contrôle des infections- organismes extra-hospitaliers	34
Normes d’évaluation portant sur des services spécifiques	36
Services de traitement des dépendances	36

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme mondial sans but lucratif ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d'agrément

L'Organisation mentionnée dans le présent rapport d'agrément (l'«**Organisation**») participe au programme Qmentum Global^{MC} pour l'agrément canadien d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumise à des évaluations, dont une évaluation sur place du 02 juin 2025 au 06 juin 2025. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada, à ces dates.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant des évaluations ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'Organisation. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à l'exhaustivité des renseignements fournis par l'établissement pour planifier, mener l'évaluation sur place et produire ce rapport. Il incombe à l'Organisation de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Aperçu du programme

Le programme Qmentum Global^{MC} pour l'agrément canadien permet à votre organisation d'améliorer en continu la qualité des soins et services à travers une expérience de soins de haute qualité. Le programme fournit à votre organisation des normes, des outils de sondage, des méthodes d'évaluation et un plan d'action conçus pour promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continue. Le programme offre également un modèle de soutien à la clientèle pour un soutien et des conseils continus de la part de conseillers dédiés.

Votre organisation participe à un cycle d'agrément de quatre ans, qui permet de répartir les activités d'agrément sur quatre ans tout en aidant votre organisation à concentrer ses efforts sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration de la qualité. Ceci favorise l'intégration des activités d'agrément dans les pratiques quotidiennes.

Chaque année du cycle d'agrément comprend des activités à effectuer au sein de votre organisation. Agrément Canada offre un soutien continu à votre organisation tout au long du cycle d'agrément. À la fin du cycle, le Comité d'approbation du type d'agrément (CATA) détermine le statut d'agrément de l'organisation en fonction des directives relatives à l'attribution de l'agrément du programme. Les résultats de l'évaluation et le statut d'agrément sont documentés dans un rapport final d'agrément pour votre organisation. Une fois qu'un statut d'agrément est établi, votre organisation entame la première année d'un nouveau cycle, s'appuyant sur les actions et les apprentissages des cycles d'agrément précédents, conformément aux principes d'amélioration continue de la qualité.

Le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada) à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, attestation et évaluation sur place) est divisé en normes et en POR applicables. Pour favoriser l'alignement avec le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada), les résultats de l'évaluation et les constats des visiteurs sont présentés par normes dans le rapport. Le rapport comprend également un sommaire exécutif, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les emplacements évalués lors de l'évaluation sur place, les résultats des pratiques organisationnelles requises et, enfin, une vue d'ensemble des soins centrés sur la personne et de l'amélioration de la qualité.

Sommaire

À propos de l'organisation

Le Centre d'accueil le Programme de Portage inc. est une organisation de réadaptation pour les personnes aux prises avec des dépendances liées aux drogues. Fondée en 1972, Portage a son siège social à Montréal et opère des centres résidentiels, des programmes spécialisés et ambulatoires au Québec et au Nouveau-Brunswick. Depuis la dernière visite d'agrément en 2021, Portage a cessé ses activités en Ontario.

Au fil des années, Portage s'est développé pour offrir un ensemble cohérent de ressources et de services centrés sur la personne tout au long du parcours de réadaptation. L'organisation répond aux besoins des adultes, des adolescents et des mères avec un enfant de 0-5 ans.

La structure corporative de Portage englobe plusieurs entités. Le programme Portage est le seul membre de la Fondation Portage et le seul actionnaire du Centre d'Accueil. Il y a 3 autres entités qui sont indépendantes au plan des membres ou de l'actionnariat ainsi qu'au niveau des opérations quotidiennes. Les 2 sociétés d'habitations communautaires supervisées (HCP1, HCP2) sont constituées dans le but de louer des appartements aux résidents, après qu'ils eurent terminé leur programme Portage, et ce, à un prix inférieur au marché. Les entreprises ont une entente avec la Société d'Habitation du Québec qui leur accorde des subventions permettant aux anciens utilisateurs du programme d'habiter un appartement de 6 mois à 2 ans.

Le Mouvement pour l'intégration et le maintien en emploi (MIRE) à Montréal et le Centre de formation à l'emploi à Québec ont été créés pour aider les personnes sortant des programmes de réadaptation et post-cure à revenir sur le marché du travail après leur programme. MIRE est partenaire avec le ministère de l'Emploi du Québec. Le Centre d'accueil gère les bâtiments et les salaires des employés qui travaillent pour les habitations communautaires (HCP1, HCP2) et s'occupe également de l'administration de MIRE.

En 2018, le plan de la garderie Ribambelle Montréal a été mis en place pour soutenir les enfants des mères qui participent au programme mère-enfant à Montréal. Depuis 2023, la garderie est approuvée et subventionnée par le ministère de la Famille du Québec.

Sommaire des observations de l'équipe de visiteurs

Depuis la visite d'agrément en 2021, Portage a traversé une période marquée à la fois par des accomplissements importants et par des défis considérables, dans un contexte de transformation organisationnelle significative. Portage a su démontrer sa capacité d'adaptation et de détermination au cours des dernières années. L'organisation a travaillé sur le renforcement de sa visibilité publique, notamment par une présence accrue sur les réseaux sociaux, contribuant à améliorer la notoriété des services.

Portage a célébré le 50e anniversaire de sa création en 2023, soulignant l'engagement indéfectible d'une communauté au service de la réadaptation et la réinsertion sociale. La période a également été l'occasion d'inaugurer un nouveau bâtiment au Lac Écho, améliorant l'environnement thérapeutique et la qualité des services offerts aux femmes. Une garderie subventionnée a remplacé la halte-garderie déjà présente permettant l'accueil des enfants des usagères et du personnel, facilitant ainsi l'atteinte d'un équilibre de vie. L'extension des programmes pour adolescents (14-21 ans) a permis de répondre à un besoin croissant de services spécialisés pour cette tranche d'âge qui peut être vulnérable face aux dépendances. La fondation a également travaillé de manière exceptionnelle pour assurer la stabilité financière et le maintien de plusieurs services dans un contexte de financement public plutôt défavorable.

En parallèle, Portage a été confronté à plusieurs enjeux complexes qui ont exigé des transformations importantes et structurantes pour son avenir. Après 5 décennies de services continus, une transition de gouvernance et de leadership s'est progressivement mise en marche avec la partition des fonctions du président fondateur, ouvrant ainsi la voie en 2024 à une période de transition organisationnelle majeure pour le conseil d'administration (CA) et la haute direction de Portage, de la fondation et des entités associées. L'arrivée en poste d'un nouveau président du CA en septembre 2023, puis d'une nouvelle présidente-directrice générale (PDG) en septembre 2024, ont constitué l'amorce d'un nouveau cycle de gouvernance et de leadership pour l'organisation.

En Ontario, Portage a subi des compressions budgétaires importantes des 2 ministères impliqués dans les services de lutte aux dépendances et aux jeunes contrevenants. Des pertes financières de plus d'un million de dollars en 3 ans ont inexorablement amené Portage vers la fermeture des services en 2024. La prise en charge ainsi que les coûts de transfert des jeunes usagers vers le Nouveau-Brunswick ont été assumés intégralement par l'organisation afin de garantir la continuité des services et d'honorer les valeurs de Portage.

Au Québec, un déficit budgétaire s'est également créé découlant d'une indexation des revenus publics plus faibles que les dépenses engagées selon l'entente de 2017-2018 avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2024 aura également été une année de décisions difficiles avec la réduction de 24% du nombre de lits et un gel de tous les salaires pour assurer à la pérennité des services.

Au Nouveau-Brunswick, la situation financière de Portage aura permis de maintenir les services intégralement.

La complexité des situations rencontrées et les changements de leadership ont amené la gouvernance et la direction à prolonger d'une année le plan stratégique 2021-2024 pour se positionner favorablement face à un nouvel exercice 2026-2029. Au moment de la visite, un nouvel organigramme du siège social a été voté au conseil d'administration du 16 avril 2025. Portage est encore en période d'adaptation face aux nouvelles réalités internes. L'organisation a procédé à une migration complexe des systèmes de paie et de régimes de retraite qui a mobilisé des efforts importants en gestion du changement.

Dans ce contexte de profonde transformation et dans un marché de l'emploi fortement concurrent, Portage continue de démontrer sa résilience, sa capacité d'adaptation et son engagement envers sa mission sociale indispensable. Les efforts déployés pour assurer la continuité des services tout au long du parcours de réadaptation des personnes, même en période de turbulence, témoignent d'un leadership moteur et d'une volonté exemplaire de répondre aux besoins des populations face aux dépendances.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Principaux domaines d'excellence

Toute l'équipe des visiteurs a pu constater au travers des interactions avec le personnel, les usagers et l'entourage que Portage se démarque par la qualité de son approche bienveillante et de son engagement aux côtés des usagers dans leur cheminement vers le rétablissement au travers des différents programmes de soins et services.

La culture des équipes au service des milieux de vie et l'approche de la communauté thérapeutique est une force. La bienveillance exprimée et les exigences de respect se manifestent dans les gestes quotidiens, les attitudes d'écoute et la vigilance collective portée à chaque individu, peu importe son parcours ou ses défis.

Portage se démarque aussi par les efforts concrets réalisés dans plusieurs sites pour éliminer les obstacles à l'accès aux services pour permettre à davantage de personnes de bénéficier du programme. De plus, l'organisation offre une intégration harmonieuse des services à chaque étape du parcours de réadaptation, en s'assurant que les transitions sont adéquatement soutenues.

L'appui offert à l'entourage est un autre domaine d'excellence important. L'organisation déploie des services pour soutenir la famille et les personnes significatives dans la compréhension de la situation et dans leur rôle clé dans le cheminement des résidents. Ces services complètent le travail thérapeutique en favorisant un rétablissement durable.

La valeur accordée à l'expérience vécue par les intervenants qui sont eux-mêmes passés par le programme est également un point d'excellence qui atteste de la capacité du programme à diriger les personnes vers un parcours professionnel. Leur présence ajoute une dimension de l'expérience vécue et une grande crédibilité à l'approche, créant des liens authentiques et porteurs d'espoir.

Finalement, Portage se distingue par son implication soutenue dans la recherche, l'enseignement et le partage des connaissances, contribuant également à faire avancer les pratiques dans le domaine de la dépendance.

Principales pistes d'amélioration

Pour accompagner son nouveau cycle, Portage est encouragé à consolider certaines pratiques de sa culture d'amélioration continue en les structurant davantage. Au-delà des mécanismes d'audits et d'assurance qualité, une évolution vers des pratiques d'examen de qualité plus structurées, objectivement mesurables et liées aux causes racines des enjeux, amènerait des impacts concrets et des ajustements fondés sur des données fiables.

Portage est également invité à considérer d'autres voies d'amélioration face aux comportements à risques. L'organisation est encouragée à bonifier sa vision de manière plus proactive et préventive, qui tient compte des facteurs contributifs en amont des comportements comme les traumatismes et les facteurs précipitants internes des situations indésirables. Cela implique une gestion dynamique des risques, où l'analyse approfondie des causes permet d'éviter la répétition d'événements indésirables.

Le contenu des déclarations d'incidents et d'événements indésirables pourrait également gagner en rigueur descriptive factuelle, tout comme la qualité des recommandations issues de ces analyses. Prendre le temps d'explorer les causes profondes et de penser à des solutions à long terme renforce la sécurité et la qualité des services.

Par ailleurs, accroître les liens formels avec les expertises en santé physique permettrait d'offrir un soutien encore plus complet aux résidents, particulièrement ceux présentant des besoins médicaux plus complexes. Portage est aussi invité à considérer une réflexion de fond sur la planification de la relève et la transmission des savoirs acquis par l'expérience qui sont aussi des enjeux clés pour assurer la continuité, la pérennité et la cohérence de l'approche organisationnelle.

Enfin, il serait utile de standardiser certaines pratiques en établissant des protocoles clairs, notamment pour l'évaluation anticipée des risques, la déclaration et la divulgation des événements indésirables, ainsi que pour la gestion préventive des équipements.

Soins centrés sur les personnes

Portage accompagne les personnes aux prises avec des dépendances dans un environnement sécurisant, respectueux et motivant. Dans tous les sites visités, l'approche est résolument centrée sur les personnes. Des comités de résidents et d'usagers sont actifs et participent aux plans d'amélioration suivant les sondages de satisfaction réalisés 2 fois par an.

Chaque usager est accueilli avec dignité, reconnu dans toute sa personne avec ses forces, ses défis et son potentiel de changement. Portage accueille la diversité ethnoculturelle et de genre dans une approche inclusive. Les réadmissions dans le parcours de vie sont reçues sans jugement avec la même compassion comme en ont témoigné plusieurs usagers. Les soins sont structurés autour de la personne qui est systématiquement impliquée dans les décisions qui la concernent. Un plan d'intervention individualisé est établi et l'usager y participe activement. Le respect de l'histoire personnelle, des choix, des émotions et du rythme de chacun est au cœur de l'approche thérapeutique.

Le personnel clinique, les intervenants, les pairs et les anciens usagers forment une communauté bienveillante. Les usagers sont responsabilisés dans leur cheminement de santé et de mieux-être. L'autonomie et la valorisation de chaque usager sont au cœur de la progression, du renforcement des capacités individuelles et de la gestion des émotions. Comme constaté auprès des comités des résidents ou usagers, des activités concrètes témoignent de l'approche centrée sur la personne. Les équipes prennent en compte les dimensions psychologique, physique, sociale, affective et spirituelle. Le programme en 6 étapes constitue une approche globale, intégrée, progressive et adaptée à chaque situation. L'intégration de services supplémentaires (centre de jour, cure fermée, postcure, appartement supervisé, intégration en emploi) permet à l'usager un retour dans son milieu de vie habituel.

L'inclusion de l'entourage, des proches et du réseau de soutien est également une démarche importante pour le rétablissement. Comme constaté lors de la visite, les différents programmes incluent des moments d'échange avec les proches, lorsque cela est possible, afin de reconstruire les relations et d'assurer une continuité du soutien après le séjour. Les soins centrés sur la personne sont également célébrés collectivement comme les pas de chaque usager dans son cheminement de rétablissement.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

La culture de sécurité est profondément ancrée chez Portage. Il convient de féliciter l'organisation pour la démarche rigoureuse et intégrée d'audits opérationnels et cliniques menée au cours des derniers mois dans chacun des sites. Ces audits témoignent d'un souci d'évaluer l'atteinte des standards à l'aide d'indicateurs quantitatifs, mais aussi à travers une compréhension qualitative des réalités du terrain. Cette démarche proactive et multidisciplinaire renforce la cohérence des pratiques, permet d'identifier et de structurer des plans d'amélioration robustes et valorise les réussites. Elle reflète une volonté organisationnelle de rester en phase avec les meilleures pratiques du secteur et de promouvoir une qualité de service exemplaire. Portage est vivement encouragé à bâtir sur cette pratique exemplaire.

Tout au long de la visite, il a été observé que l'approche de la communauté thérapeutique amène l'organisation à mettre au cœur de ses interventions la sécurité et la responsabilisation des personnes. Incontestablement, cette approche contribue à renforcer la vigilance partagée entre les membres du personnel, les usagers et les proches. Cette vigilance collective est une force et un pilier de la culture de sécurité à Portage. La vigilance exercée amène l'organisation à contrôler les risques auxquels sont exposés les individus et prévenir l'escalade des situations indésirables. Organisation apprenante, Portage valorise l'expression des préoccupations, la reconnaissance des enjeux comme occasions d'apprentissage, et l'accompagnement bienveillant dans les moments de vulnérabilité. Un climat de confiance propice à la déclaration proactive des événements indésirables, y compris ceux évités de justesse, mérite d'être souligné comme en témoignent également 78% des répondants au questionnaire auprès de la main-d'œuvre. Le fait que le personnel se sent suffisamment soutenu et responsabilisé pour signaler de tels événements témoigne d'un haut niveau de maturité organisationnelle.

Cela dit, afin de continuer à progresser et à structurer davantage sa gestion des risques, il est suggéré à l'organisation de raffiner les mesures objectives des risques anticipés. En effet, au fil des observations effectuées durant les traceurs, plusieurs zones d'imprécisions ont été identifiées concernant l'identification des risques potentiels et les mesures d'atténuation. Dans plusieurs cas, les mécanismes de réduction du risque sont énoncés sur la base des incidents rencontrés, sans qu'ils soient clairement évalués et que l'efficacité du suivi soit avérée. Des clarifications sur des personnes à risque (ex. : chutes, suicide et sur des seuils de risque mesurés (ex. : installations permettraient d'améliorer l'anticipation des situations critiques et de prioriser les actions à fort impact. L'adoption d'un cadre d'analyse des risques plus structuré, inspiré par exemple de modèles reconnus, serait un levier important pour passer d'une logique réactive à une logique davantage préventive.

Par ailleurs, il serait pertinent pour Portage d'établir des standards de rédaction dans les déclarations d'événements et des standards de pratique dans l'analyse des événements sentinelles. Lors de la visite, plusieurs traceurs sur des situations de chutes d'adultes et d'un bébé ont été examinés en détail. Ces événements, bien qu'exceptionnels, représentent une source précieuse d'apprentissage et doivent faire l'objet d'un traitement rigoureux et cohérent. La mise en place de standards, définissant les étapes de l'analyse, les outils utilisés comme l'arbre des causes, les responsabilités de chaque intervenant et les délais de réalisation, renforcerait la qualité des processus d'enquête interne. Ces standards contribueraient également à uniformiser les pratiques à travers les différentes installations, tout en favorisant une culture d'apprentissage soutenue par des faits, et non par des perceptions individuelles.

Enfin, dans un esprit de collaboration continue et d'amélioration partagée, il serait bénéfique que les partenaires de Portage soient plus systématiquement informés des initiatives d'amélioration mises en œuvre. Leur implication, en tant que partenaires de soins ou collaborateurs de terrain, est essentielle pour la réussite des transformations envisagées. À ce titre, l'établissement de mécanismes plus formels d'évaluation de leur satisfaction représenterait une avancée significative. La rétroaction structurée des partenaires permettrait d'orienter les efforts d'amélioration, de renforcer les liens de confiance en offrant une image claire des retombées concrètes des actions engagées par l'organisation. Portage dispose donc d'assises solides pour continuer à exceller dans le domaine de la sécurité des usagers. Sa culture fondée sur les principes de la communauté thérapeutique, sa transparence dans la gestion des événements indésirables, et son engagement démontré à travers les audits sont des forces indéniables. En affinant ses outils de mesure des risques, en structurant davantage l'analyse des événements critiques et en renforçant le dialogue avec ses partenaires, l'organisation pourra franchir une nouvelle étape dans sa quête d'excellence et de sécurité.

Statut d'agrément

Le statut d'agrément accordé à Centre d'accueil le Programme de Portage inc. est le suivant:

Agréé avec mention

L'organisation a dépassé les exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Les installations suivantes ont été évaluées dans le cadre de l'évaluation sur place:

- Portage Atlantic, Cassidy Lake
- Portage Lac Écho - programme adulte
- Portage Lac Écho - programme jeunesse
- Portage Lionel-Groulx - programme mère-enfants
- Portage Lionel-Groulx - programme TSTM
- Portage Québec
- Portage Square Richmond
- Portage St-Malachie

¹L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise (POR) est un critère qui décrit une pratique normalisée qu'une organisation doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques afin de fournir des soins fiables et de haute qualité à la population à laquelle elle offre ses services. Des préjudices peuvent survenir si la pratique normalisée n'est pas mise en place. Les POR contiennent plusieurs critères, appelés tests de conformité.

Tableau 1 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation

Nom de la POR	Norme(s)	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	Prévention et contrôle des infections-organismes extra-hospitaliers	1 / 1	100.0%
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	Prévention et contrôle des infections-organismes extra-hospitaliers	3 / 3	100.0%
Taux d'infection	Prévention et contrôle des infections-organismes extra-hospitaliers	3 / 3	100.0%
Retraitement	Prévention et contrôle des infections-organismes extra-hospitaliers	0 / 0	0.0%
Prévention de la violence en milieu de travail	Leadership	7 / 8	87.5%
Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	Leadership	1 / 1	100.0%
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	Leadership	5 / 5	100.0%
Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	Leadership	3 / 6	50.0%
Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	Leadership	5 / 7	71.4%

Tableau 1 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation

Nom de la POR	Norme(s)	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Cheminement des usagers	Leadership	5 / 5	100.0%
Programme d'entretien préventif	Leadership	3 / 4	75.0%
Sécurité liée aux pompes à perfusion	Excellence des services	0 / 0	0.0%
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins - Soins à domicile et soins de santé communautaire	Services de traitement des dépendances	4 / 4	100.0%
Prévention du suicide	Services de traitement des dépendances	5 / 5	100.0%
Identification des usagers	Services de traitement des dépendances	1 / 1	100.0%
Transfert de l'information aux points de transition des soins	Services de traitement des dépendances	5 / 5	100.0%
Responsabilité liée à la qualité des soins	Gouvernance	5 / 5	100.0%
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers	6 / 6	100.0%
Médicaments de niveau d'alerte élevé	Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers	6 / 6	100.0%
Électrolytes concentrés	Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers	0 / 0	0.0%

Tableau 1 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation

Nom de la POR	Norme(s)	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Sécurité liée à l'héparine	Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par normes

La section suivante comprend les résultats à la fin de l'évaluation sur place provenant de l'évaluation par attestation (le cas échéant et des évaluations sur place.

Principales normes

Le Programme Qmentum Global^{MC} pour l'agrément canadien comporte un ensemble de normes d'évaluation fondamentales au programme qui sont requises pour toute organisation cherchant à obtenir l'agrément. Les normes d'évaluation fondamentales sont essentielles compte tenu qu'elles couvrent des domaines fondamentaux dans la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité.

Les normes de base font toujours partie de l'évaluation, sauf dans des circonstances particulières où elles sont sans objet.

Excellence des services

Évaluation des normes : 86,5 % des critères sont conformes

13,5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous.

Résultats de l'évaluation :

L'excellence des services s'exprime par différentes actions à travers les différents sites de Portage.

D'abord, l'organisation entretient des liens solides et bénéficie d'une présence bien établie dans le domaine des dépendances au niveau local, régional et provincial. Portage témoigne d'un engagement clair, lié aux soins centrés sur la personne, incluant des efforts concrets pour coconcevoir les services et élaborer les plans de soins en collaboration avec la communauté. Les usagers représentent pleinement le modèle de communauté thérapeutique mis en place par le programme. Une attention réfléchie est portée à l'identification et à l'élimination des obstacles à l'accès, tout en favorisant un environnement inclusif et accueillant.

L'équipe de Portage en est une engagée qui apporte une sécurité et un cadre de traitement sain et de qualité lorsque les données probantes sont mises au cœur des choix des interventions et du développement de la pratique en réadaptation. Lors du processus d'admission, un questionnaire nommé « Indice de gravité d'une toxicomanie » est rempli avec l'usager. Celui-ci est complété à différents temps dans le processus de réadaptation et permet de quantifier l'évolution de l'usager face à son traitement de la dépendance et d'évaluer les besoins prioritaires à la conceptualisation de son traitement. L'équipe veille à la sécurité de ses collègues comme celle des usagers sous sa responsabilité.

L'accompagnement que Portage assure avant, pendant et après un épisode de réadaptation chez chacun des usagers est personnalisé.

La pertinence et l'efficacité des services offerts par Portage sont revues, tant dans chacun des sites que par la haute direction, en collaboration pour discuter de l'offre de service. Par exemple, en analysant les données des admissions, la durée du séjour, les propositions soumises par les différents comités usagers et résidents.

En conclusion, l'excellence des services s'exprime dans les différents sites de Portage, parfois à hauteur variable. La mise en commun pour favoriser l'amélioration et la diffusion des bonnes pratiques entre les sites doit être maintenue afin de promouvoir l'égalité des services de qualité et de sécurité pour l'ensemble des usagers qui sollicitent les différents services qu'offre Portage.

Tableau 2 : Critères non conformes en matière de Excellence des services

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.7	L'équipe collabore avec l'organisme pour créer un milieu offrant des services accessibles à tous.	Priorité normale
3.1.8	L'équipe observe et évalue ses pratiques en matière de tenue des dossiers et se sert des résultats pour apporter des améliorations.	Priorité élevée
4.2.1	L'équipe respecte l'approche proactive et prédictive utilisée par l'organisme pour cerner les risques pour la sécurité.	Priorité élevée
4.2.2	L'équipe prépare et établit des stratégies pour cerner les risques en matière de sécurité.	Priorité élevée
4.3.4	L'équipe établit des indicateurs qui servent à évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	Priorité normale
4.3.5	Le leadership d'équipe collabore avec les membres du personnel pour concevoir et mettre à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre les objectifs.	Priorité élevée
4.3.6	Le leadership d'équipe collabore avec les membres du personnel pour utiliser de nouvelles données sur les indicateurs ou des données existantes pour établir une base de référence pour chaque indicateur.	Priorité normale
4.3.7	Le leadership d'équipe collabore avec le personnel pour recueillir régulièrement des données sur les indicateurs et pour faire le suivi des progrès dans la réalisation des objectifs d'amélioration de la qualité.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
4.3.11	L'équipe évalue régulièrement les projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	Priorité normale

Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers

Évaluation des normes : 97,5 % des critères sont conformes

2,5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme démontre un engagement constant envers les bonnes pratiques en gestion des médicaments, soutenu par une gouvernance structurée. Des rencontres mensuelles réunissant l'ensemble du personnel infirmier permettent de réviser les politiques, d'ajuster les procédures et de favoriser le partage des apprentissages. La participation au comité de sécurité, qui couvre notamment la gestion médicamenteuse, appuie cette démarche d'amélioration continue.

Des ententes formelles sont en place avec les pharmacies communautaires, qui jouent un rôle essentiel dans la prestation de pratiques sécuritaires liées à l'approvisionnement, à la destruction et à l'administration des médicaments.

Plusieurs mesures ont été mises en place, notamment la centralisation des feuilles de signature afin de réduire les omissions, accompagnée de suivis hebdomadaires sur chaque site. La recertification pour l'administration sécuritaire des médicaments, en particulier ceux à risque élevé, est bien établie. Un programme de formation est également offert aux intervenants non professionnels, incluant supervision et recertification annuelle.

Les médicaments sont livrés sous forme de Dispill, dans des contenants scellés, vérifiés en toute confidentialité, puis entreposés dans un bureau sécurisé à double verrouillage, accessible uniquement au personnel autorisé. Aucune substance à haut risque n'est conservée ni administrée sur place. Un système unidose est utilisé pour les médicaments réguliers et au besoin (PRN).

Des protocoles encadrent la détection et la réponse aux effets secondaires et surdoses, avec l'accès au Narcan nasal, du matériel éducatif et visuel, ainsi que des trousse d'urgence (Epipen, Baxemie, Naloxone) régulièrement réapprovisionnées. Les campagnes de vaccination sont bien organisées, et l'auto-administration de médicaments est encadrée : les résidents conservent leurs traitements dans des casiers verrouillés, sans intervention du personnel.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est réalisé à l'admission, mis à jour à chaque changement de traitement et à la sortie, avec validation de la qualité. Les erreurs médicamenteuses sont consignées dans une base de données.

Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées. Une application plus systématique et uniforme des pratiques à travers tous les sites renforcerait la cohérence organisationnelle. Il est également recommandé d'assurer une documentation rigoureuse, notamment pour les signatures d'administration. La polypharmacie constitue un enjeu en milieu résidentiel jeunesse, en particulier en présence de troubles concomitants. La mise en place d'un processus formel de suivi permettrait de mieux évaluer la pertinence des prescriptions, d'identifier les interactions potentielles et de réduire les traitements non nécessaires.

Portage est également encouragé à analyser les données sur les erreurs médicamenteuses afin de dégager des tendances et de guider ses actions d'amélioration continue, en collaboration avec les équipes cliniques. Enfin, la mise en place d'un processus structuré de partage des événements liés à la sécurité médicamenteuse avec l'ensemble du personnel renforcerait la responsabilisation collective et soutiendrait une culture d'apprentissage et de qualité, notamment par l'utilisation d'outils de gestion visuelle pour analyser les causes et les tendances.

**Tableau 3 : Critères non conformes en matière de Gestion des médicaments
-organismes extra-hospitaliers**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.3.6	L'entreposage distinct dans les unités de soins pour les usagers est réservé aux médicaments dont l'apparence est semblable, aux médicaments dont les noms sont semblables, aux différentes concentrations du même médicament et aux médicaments de niveau d'alerte élevé.	Priorité élevée
3.1.2	Un programme structuré a été mis en place pour réduire les risques liés à la polypharmacie, surtout auprès des usagers fragiles ou vulnérables.	Priorité élevée
8.1.5	L'information sur les mesures et les améliorations recommandées suivant l'analyse des incidents est échangée avec les usagers, les familles et les autres membres de l'équipe.	Priorité normale

Gouvernance

Évaluation des normes : 82,5 % des critères sont conformes

17,5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous.

Résultats de l'évaluation :

Après 5 décennies de croissance et de continuité dans la gouvernance, Portage s'est trouvé depuis la dernière visite d'agrément à un tournant organisationnel majeur. Fondée sur un modèle de gouvernance qui a permis l'expansion des services au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, et la création d'entités connexes comme un centre de jour, une garderie, des appartements communautaires supervisés et des centres d'intégration en emploi. L'organisation a fonctionné longtemps avec une direction centralisée : le président fondateur cumulant à la fois les fonctions de présidence de la gouvernance des différentes entités juridiques associées au Centre d'accueil Portage et aux fondations. Cette structure unifiée, bien qu'efficace pendant une longue période, a atteint ses limites dans un contexte de complexité croissante, de séparation des pouvoirs d'organisation et de financement et en fonction du besoin de planification de la relève.

En 2024, la situation financière de plusieurs centres, notamment Elora en Ontario, a révélé des vulnérabilités. Le déficit cumulé et les constats de non-conformité réglementaires en Ontario ont amené les autorités à réduire les admissions en contribuant à menacer le fonctionnement même de la communauté thérapeutique à la base de la continuité des services. Le conseil d'administration a donc pris la décision de fermer les services en Ontario et de se conformer à la demande de retour du permis d'exploitation.

Parallèlement, malgré les mesures de sécurité préventives mises en place par l'organisation, des situations isolées mais graves d'inconduite ont été signalées dans certains centres et ont suscité des préoccupations. Faisant face à cette période difficile, Portage a entamé une transformation organisationnelle structurante. L'arrivée d'un nouveau président au conseil d'administration a permis d'établir un plan de relève qui a été conçu pour renforcer la continuité du leadership. Une nouvelle cheffe de la direction a été nommée en 2024, marquant ainsi un changement significatif dans l'approche de gouvernance et du leadership. Plusieurs initiatives ont été mises en branle : révision des règlements généraux, création d'un comité d'éthique permanent en remplacement de rencontres d'un comité ad hoc, révision des mandats des comités du conseil d'administration. Des projets d'amélioration de la gouvernance ont été également remis à l'agenda comme prévu dans le programme Qmentum d'Agrément Canada : évaluation des objectifs du président-directeur général et du président du conseil et mise en place de formations obligatoires sur la gouvernance, notamment sur l'équité, la diversité et l'inclusion.

Le plan stratégique 2021-2024 a été prolongé jusqu'en mars 2026, avec un engagement de préparer la prochaine planification stratégique 2026-2029 dès 2025. Cette transition est accompagnée par un plan d'action annuel consolidé, incluant les contributions des différentes directions fonctionnelles du siège social et des sites. À cet égard, l'organisation est à féliciter pour avoir introduit des objectifs SMART dans son mode de fonctionnement.

Une révision complète de la structure des comités du conseil d'administration a été effectuée. Les mandats des sous-comités ont été révisés afin de les clarifier : gouvernance, programme et vigilance, communications, finances, propriétés, environnement et énergie, et ressources humaines. Ces sous-comités assurent la supervision des pratiques internes et veillent à l'alignement stratégique.

Lors de la visite, des échanges avec le conseil d'administration, et à la lecture des procès-verbaux des rencontres, force est de constater que l'organisation porte une attention soutenue à la gestion financière, aux relations gouvernementales et à sa performance organisationnelle. Le conseil d'administration examine régulièrement les rapports de sécurité et les audits internes présentés par un comité « programme et vigilance » qui se réunit de manière régulière pour traiter des incidents, les accidents, la satisfaction et les plaintes.

Par ailleurs, une nouvelle politique sur les conflits d'intérêts a été adoptée en avril 2025 et doit être mise en œuvre. Un sondage d'évaluation de la gouvernance, recommandé par Agrément Canada lors de la dernière visite, a été mené en mars 2025, suivi d'un plan d'action en avril. Celui-ci cible notamment l'amélioration de l'information transmise aux administrateurs et le développement d'un programme de formation continue.

Le comité de gouvernance a également entamé une réflexion sur la composition, la diversité et la durée des mandats au sein du conseil qui mènera dans les prochains mois à une proposition de modification des règlements généraux, l'adoption de matrices de compétences et la mise en place d'un processus d'autoévaluation. L'organisation est vivement encouragée à mener à terme ses engagements.

D'ici la prochaine visite, Portage est invité à engager son personnel, les usagers, les proches et ses partenaires dans un exercice de planification stratégique 2026-2029, en intégrant une analyse rigoureuse du contexte externe, des menaces émergentes et des résultats attendus. La clarté des indicateurs sera indiscutablement un gage de qualité pour appuyer la prise de décisions. Portage est également invité à explorer de manière plus systémique l'analyse des données de sécurité afin de permettre au conseil d'administration d'apprécier l'efficacité des systèmes d'information, les mesures de non-récurrence des situations indésirables et de suivre les tendances sur plusieurs cycles.

Portage est également incité à la considération d'intégrer les partenaires dans la gouvernance des programmes, notamment par des mécanismes de rétroaction, des consultations structurées et une communication transparente lors des périodes de crises ou de changements. Déjà bien établi dans le champ de la recherche, Portage est également invité à exercer son leadership éthique, en s'appuyant sur son cadre de référence pour trancher des décisions complexes, en particulier lorsque les valeurs de l'organisation sont mises à l'épreuve par des choix financiers ou structurels.

Portage a su démontrer sa capacité à rebondir en période de turbulence. La transformation en cours, bien qu'encore jeune, témoigne d'une volonté ferme d'actualiser ses pratiques de gouvernance. Pour réussir cette transition, l'organisation est encouragée à maintenir un cap clair, s'appuyer sur des données fiables, et mobiliser les compétences de son conseil d'administration, de sa direction et des usagers pour des résultats durables.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Gouvernance

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.2	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour élaborer ou examiner régulièrement la vision, la mission et les valeurs de l'organisme avec les intervenants associés à l'organisme.	Priorité normale
1.1.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de mécanismes efficaces pour respecter les procédures liées à l'éthique dans sa prise de décisions.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.9	L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres.	Priorité normale
3.1.9	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des risques organisationnels, en temps opportun.	Priorité élevée
3.5.4	L'instance de gouvernance établit les procédures de l'organisme qui sont relatives à l'approbation des placements de capitaux, y compris des achats d'équipement principaux.	Priorité élevée
3.5.8	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris de systèmes de sécurité de l'information.	Priorité élevée
4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.	Priorité élevée
4.2.2	L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement de son président pour lui donner une rétroaction fondée sur les résultats.	Priorité élevée
4.2.3	Le président de l'instance de gouvernance fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires en fonction des résultats.	Priorité élevée
5.1.3	L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique.	Priorité élevée
5.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.1	L'instance de gouvernance s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme systémique à l'endroit des Autochtones.	Priorité élevée
6.1.2	L'instance de gouvernance met en œuvre un plan d'action, en partenariat avec des partenaires Autochtones, pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisme.	Priorité élevée
6.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.	Priorité élevée

Leadership

Évaluation des normes : 83,7 % des critères sont conformes

16,3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous.

Résultats de l'évaluation :

Planification et conception des services

Portage a amorcé en 2024 une transition majeure de gouvernance et de leadership. Cette transition a ouvert un nouveau chapitre pour l'organisation, son conseil d'administration (CA, sa haute direction, la fondation et les entités associées. L'arrivée d'un nouveau président au conseil d'administration et d'une nouvelle présidente-directrice générale dans l'année suivante a jeté les bases d'un renouveau stratégique et opérationnel en vue de changements structurants.

Dans ce contexte de transformation, et à la lumière des situations complexes vécues en 2024, le conseil d'administration et la nouvelle direction ont pris la décision de prolonger en 2025 le plan stratégique élaboré pour la période 2021-2024. Ce prolongement vise à offrir un temps de réflexion et de repositionnement, en vue d'un nouvel exercice de planification structuré pour la période 2026-2029.

Au moment de la visite, plusieurs chantiers sont amorcés ou en préparation, témoignant d'un engagement fort envers une planification rigoureuse, cohérente et ancrée dans les meilleures pratiques. La révision des énoncés de mission et de vision à long terme fera partie des réflexions engagées dans les prochains mois pour assurer l'alignement des valeurs fondamentales de Portage avec l'évolution des besoins sociaux, des approches thérapeutiques et du rôle de l'organisation dans son écosystème. L'organisation envisage également une révision de sa matrice des risques afin d'intégrer les nouvelles réalités opérationnelles et financières, tout en renforçant la capacité anticipative et la résilience organisationnelle.

Poursuivant dans sa longue tradition, l'organisation est encouragée dans son travail de renforcement de l'approche fondée sur les données probantes et la recherche. Portage confirme sa volonté de s'appuyer sur les résultats d'évaluation d'impacts probants pour guider ses choix cliniques, ses orientations stratégiques et l'amélioration de ses programmes. L'organisation est également encouragée à poursuivre son travail pour dresser le portrait actualisé de la clientèle. Ce travail, mené en collaboration avec une firme de spécialistes de l'évaluation de programmes, permettra d'ajuster les services aux profils et à l'évolution des besoins des usagers. La recherche cohérente avec les priorités gouvernementales demeure une préoccupation de l'organisation tout en conservant la souplesse nécessaire pour répondre aux réalités spécifiques de ses clientèles, dont entre autres les traumatismes et troubles concomitants.

Tout au long de la visite, il a été constaté que Portage a développé des mécanismes solides de consultation et de dialogue avec les intervenants, les usagers, leur famille et les partenaires. Cette culture de participation constitue un levier clé pour la future planification stratégique, en favorisant l'adhésion, la cohérence et l'innovation. Dans cette phase de transition et de renouveau, l'organisation est vivement encouragée à structurer sa démarche stratégique selon des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART) afin d'assurer une mise en œuvre rigoureuse et une évaluation continue des progrès. Cette approche permettra à Portage de consolider ses acquis, de relever les défis actuels et de se projeter avec confiance vers les prochaines étapes de son développement.

Gestion des ressources

Pour financer les programmes et en assurer la gratuité pour les personnes ayant recours au service, Portage bénéficie de financement public et de dons par le biais de ses fondations. L'organisation fait preuve d'intégrité financière, portée par une communauté engagée, une équipe financière et comptable alerte, des partenaires philanthropiques fidèles et de grands donateurs visionnaires. Cette synergie a permis à Portage de se développer, de croître et de surmonter des périodes difficiles.

Grâce à des mécanismes de gestion fascinants, les partenariats avec les programmes de subvention existants et des dons importants investis pour ses installations et ses programmes, l'organisation a été en mesure de constituer au fil des ans des réserves financières prudentes, gages de sa stabilité et de sa capacité à traverser les cycles économiques plus incertains. Ces réserves ont joué un rôle crucial lorsque Portage a été confrontée à une tempête financière d'envergure, provoquée en Ontario et au Québec, par un contexte budgétaire défavorable en matière de fonds publics. Une conjoncture de facteurs financiers et humains a eu des conséquences significatives sur les contributions gouvernementales en Ontario. Le retrait du permis d'exploitation et les dettes accumulées ont amené l'organisation à se retirer de l'Ontario. L'organisation est invitée à adopter une politique générale pour soutenir la gestion de ses actifs et ses placements en capitaux. Au Québec, le plafonnement de l'indexation des budgets gouvernementaux et des restrictions budgétaires ont également eu des impacts directs sur la fermeture de lit tandis qu'au Nouveau-Brunswick, les budgets accordés par le gouvernement provincial ont profité d'une augmentation significative.

Ce passage difficile a mis à l'épreuve la résilience financière de Portage, le sérieux de la gouvernance, la transparence de sa reddition de comptes, mais aussi la profondeur de l'ancrage communautaire et philanthropique sur lequel elle peut compter. Alors que Portage entre dans un nouveau chapitre de son évolution organisationnelle, il a été observé que sa croissance soutenue et son impact social durable reposent en grande partie sur la confiance financière qu'elle inspire. L'organisation est encouragée à nourrir cette confiance en l'enracinant de manière plus solide dans des mécanismes rigoureux de planification budgétaire et d'analyse de la performance de ses actifs pour réaliser ses missions. Déjà, la dynamique plus saine des relations entre le CA, la Haute Direction et la fondation sont les bases d'une confiance renouvelée qui reconnaît la pertinence du modèle Portage, sa capacité à innover et la qualité exceptionnelle de son accompagnement.

Communications

Un comité de communication assure la coordination entre la direction, le conseil d'administration et les partenaires, à l'aide de canaux bilingues favorisant un échange bidirectionnel d'information. Malgré des sites répartis au Québec et au Nouveau-Brunswick, l'organisation privilégie une approche harmonisée en matière de gestion de l'information et des systèmes informatiques.

Les médias sociaux servent à faire rayonner la mission à l'externe, et une communication inclusive est offerte au personnel (ex. : anniversaires, discussions ouvertes), avec des mécanismes de rétroaction comme les sondages et bilans post-événements. Au près des usagers, la communication est également bidirectionnelle. L'accent est mis sur l'importance de bien les informer de leurs responsabilités, tout en assurant des occasions continues de rétroaction de leur part. Les commentaires des usagers ont mené à des ajustements concrets, notamment en alimentation, programmation et activités jeunesse.

La planification stratégique de 2026-2029 a été entamée. L'organisation en est aux premières étapes du processus. D'ici là, les objectifs actuels sont intégrés à un plan opérationnel révisé trimestriellement. Il est recommandé d'élargir la participation du personnel et des partenaires au processus du prochain renouvellement stratégique.

Les systèmes d'information garantissent un accès sécurisé (niveaux de privilège, double authentification) et font l'objet d'audits réguliers. Une évaluation externe est envisagée pour valider la sécurité, la conformité et la performance.

L'organisation a récemment adopté Microsoft SharePoint et OneDrive pour renforcer la sécurité de l'information et la collaboration. L'efficacité de ces outils sera suivie à l'aide des tableaux de bord pour évaluer les tendances d'adoption et taux d'utilisation. Un bulletin informatique bilingue viendra aussi soutenir la formation continue. Microsoft Defender sera la prochaine solution implantée pour renforcer davantage la sécurité et prévenir les menaces potentielles.

Le logiciel Portage, dossier de santé électronique, conçu sur mesure pour l'organisation, permet de générer des données à partir des dossiers cliniques en vue de produire des rapports. Son efficacité continue fera l'objet d'un suivi dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. L'organisation reconnaît la valeur ajoutée d'un registre électronique de l'administration des médicaments et a commencé des discussions préliminaires en vue d'explorer cette possibilité, en fonction des priorités et des ressources disponibles.

Prestation de soins et de décisions fondées sur des principes

L'organisation a mis en place des mesures significatives pour opérationnaliser son cadre éthique. La création d'un comité d'éthique permanent en remplacement de rencontres d'un comité ad hoc apporte une approche plus structurée et est en cours de formalisation. Une éthicienne récemment embauchée a été mandatée pour diriger ce travail. Ce comité, qui relève directement du conseil d'administration, traitera des enjeux liés à la gouvernance, à l'éthique, de la recherche et à la révision du code de conduite. Une résolution du conseil a été adoptée pour soutenir sa création. L'éthicienne rédigera également les statuts du comité et supervisera la formation en éthique destinée au personnel de première ligne, aux gestionnaires et aux membres du conseil d'administration. Dotée d'un mandat de 3 ans, cette nouvelle addition jouera un rôle central dans l'ancrage de la réflexion, des projets de recherche, du dialogue et de l'apprentissage éthique à tous les niveaux et dans tous les sites de l'organisation.

Les politiques éthiques clés ont été mises à jour, notamment celles relatives aux conflits d'intérêts et au code de conduite. Ces révisions, menées par la nouvelle direction générale en collaboration avec la haute direction et le conseil, ont permis de renforcer les attentes. Les déclarations de conflits d'intérêts sont désormais exigées et examinées tant par l'équipe de direction que par le conseil. Une approche modernisée et structurée a été adoptée, incluant des critères clairs pour repérer et atténuer les conflits potentiels ou réels liés aux contrats ou aux ressources matérielles. Ces changements reflètent des principes de gestion rigoureux et sont alignés avec les meilleures pratiques reconnues.

Le programme d'orientation du personnel, d'une durée de 12 semaines, comprend un contenu structuré portant sur le cadre éthique, les conflits d'intérêts, le code d'éthique et le code de conduite. Un soutien continu est offert par le biais de réunions d'équipe mensuelles et de rencontres de supervision, qui permettent des moments réguliers de réflexions éthiques et de discussions sur des situations complexes. Des appels hebdomadaires impliquant les directeurs de tous les centres, ainsi que les représentants des opérations, de la qualité et des soins infirmiers, offrent un espace constant pour soulever et traiter les enjeux et incidents éthiques en temps réel.

L'organisation utilise également un outil de réflexion éthique développé il y a plusieurs années. Bien qu'il demeure pertinent, une révision serait opportune afin de l'aligner avec le mandat du nouveau comité et la vision de l'éthicienne. Par ailleurs, dans le cadre de la mise à jour prochaine de son plan stratégique, de sa mission, de sa vision et de ses valeurs, l'organisation devrait revoir son cadre éthique pour assurer une cohérence avec ses orientations fondamentales.

La sensibilisation et l'utilisation du cadre et de l'outil varient selon les sites. Certains les intègrent régulièrement dans les rencontres de supervision, appuyées par des présentations et des discussions basées sur des cas concrets mis en œuvre, tandis que d'autres n'en ont qu'une connaissance superficielle. Pour renforcer davantage l'ancrage de l'éthique dans la culture organisationnelle, des initiatives à venir incluent la mise en place de cafés éthiques et d'occasions plus structurées de mobilisation du personnel.

Afin de consolider et de maintenir une culture de soins et de prise de décision éthique à Portage, l'organisation devrait envisager de documenter et de suivre de manière systématique les enjeux et

dilemmes éthiques. Cela permettrait de repérer des tendances, d'orienter les améliorations de services, et de cibler les besoins de formation du personnel selon les préoccupations émergentes qui pourraient autrement passer inaperçues. L'intégration de compétences en prise de décision éthique dans les processus de recrutement et d'évaluation du rendement du personnel constitue également une stratégie recommandée pour entretenir une culture organisationnelle guidée par l'éthique.

Équipements et appareils médicaux

L'organisme dispose d'un plan d'entretien préventif pour les dispositifs médicaux, encadrant les vérifications, le suivi et la maintenance de l'équipement utilisé. Il utilise principalement des dispositifs médicaux non critiques et applique la classification de Spaulding pour définir les exigences en matière de nettoyage et de désinfection. Bien que l'équipement médical soit limité, certains dispositifs sont disponibles afin de soutenir la santé physique des résidents dans le cadre de leur réadaptation. Le nettoyage et la désinfection sont assurés par le personnel, conformément à des protocoles établis et soutenus par des politiques et procédures claires. Une liste des équipements non critiques est accessible au personnel.

Le plan d'entretien préventif est géré par la directrice des soins infirmiers. Il comprend un calendrier précisant les périodes de vérification assignées à l'équipe infirmière. Ces vérifications sont consignées dans un registre centralisé. Des rencontres bihebdomadaires de l'équipe des soins infirmiers permettent de discuter des enjeux liés à l'équipement et d'assurer un suivi approprié.

L'organisme est encouragé à renforcer ce programme avec les politiques et procédures requises et en mettant en place un mécanisme d'évaluation de l'efficacité du plan. Enfin, bien que le dossier médical électronique ne figure pas actuellement dans la liste des équipements médicaux, l'organisme utilise un système hybride (papier et base de données) et est invité à l'intégrer à son plan d'entretien préventif, conformément aux normes relatives à la gestion sécuritaire des technologies médicales.

Installations

Réparti sur 8 sites, dont 7 au Québec et 1 au Nouveau-Brunswick, l'organisme offre des environnements physiques bien entretenus, propres, et favorables à un climat thérapeutique, accueillant et sécuritaire. Les espaces intérieurs sont aménagés avec soin afin de soutenir le confort, la dignité et le bien-être des résidents. Les installations rurales se distinguent particulièrement par leurs terrains extérieurs paisibles, dont l'aménagement est réalisé en collaboration avec les résidents. Des jardins communautaires, des sentiers pédestres et d'autres espaces de détente sont en cours de développement, renforçant ainsi leur sentiment d'appartenance et d'engagement dans leur milieu de vie thérapeutique.

L'organisme accorde également une grande importance à l'activité physique, reconnue comme un facteur clé dans la réadaptation. Plusieurs sites offrent des infrastructures permettant la pratique du yoga, de la musculation ou encore de sports extérieurs. Ces activités contribuent tant au bien-être physique qu'à la santé mentale des résidents.

Sur le plan environnemental, l'organisme démontre un engagement constant envers la gérance durable. Des initiatives telles que le recyclage, le compostage, la réduction de l'utilisation d'articles à usage unique (comme les bouteilles d'eau en plastique) et l'optimisation de la consommation énergétique sont implantées sur plusieurs sites. L'installation d'éclairage DEL, l'ajustement des horaires de chauffage, ainsi que l'entretien régulier des systèmes de ventilation et de climatisation témoignent d'une volonté de réduire l'empreinte écologique des installations. De plus, des bornes de recharge pour véhicules électriques ont été installées et des véhicules électriques ont été intégrés à la flotte de l'organisme.

L'entretien des infrastructures repose sur des processus rigoureux, particulièrement importants dans les sites ruraux. La qualité de l'eau des puits est testée toutes les 2 semaines. Les fosses septiques, réservoirs d'eau, pompes et génératrices sont entretenus selon un calendrier prédéfini, afin de garantir la sécurité et la continuité des services, y compris en situation d'urgence.

Le personnel d'entretien est disponible en tout temps, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour répondre rapidement aux besoins des différents sites. Les demandes de maintenance sont transmises par courriels dédiés à chaque site, assurant ainsi un suivi. Une rencontre annuelle de l'équipe de maintenance permet d'établir les priorités d'intervention, fondées sur les observations du terrain et les besoins exprimés. Ces priorités sont ensuite transmises à la direction pour être intégrées à la planification organisationnelle. L'adoption de la plateforme numérique Rezilio optimiserait encore davantage le suivi et la traçabilité des interventions.

La sécurité des usagers et du personnel, en lien avec les installations, est assurée par des comités locaux de sécurité. Ceux-ci examinent les incidents survenus, proposent des mesures correctives et mettent en œuvre des actions préventives (ex. : distribution de crampons pour l'hiver, installation de capsules de sécurité sur les surfaces glissantes).

Enfin, l'organisme est encouragé à renforcer son analyse des risques environnementaux afin de mieux orienter la planification et la priorisation de ses projets, en tenant compte des considérations budgétaires, de sécurité et de durabilité. L'organisme est invité à poursuivre ses efforts visant à améliorer l'accessibilité de ses installations, dans une perspective inclusive.

Préparation en vue de situations d'urgence

Un plan de mesures d'urgence standardisé et complet a été élaboré afin d'orienter la réponse à différents types de situations critiques. Ce plan cadre est décliné en plans spécifiques à chacun des sites, lesquels sont gérés sur la plateforme numérique Rezilio. Cette plateforme permet au personnel clé d'accéder rapidement aux documents, de les mettre à jour et de suivre leur évolution. Les plans d'urgence sont également liés à une base de données contenant les informations clients à jour, ce qui favorise une réponse adaptée aux besoins des résidents. Une version imprimée est accessible dans toutes les installations.

L'équipe peut compter sur du personnel cumulant de nombreuses années d'expérience en gestion des urgences, tant individuelle que collective. Toutefois, afin de renforcer la pérennité des savoirs organisationnels et d'assurer la cohérence des pratiques à travers les différents sites, il est recommandé de formaliser ces connaissances dans des politiques écrites. Cela inclut la consignation des procédures et stratégies mises en œuvre pour planifier, gérer et rétablir les services lors de situations d'urgence.

Des exercices réguliers, tels que des simulations d'incendie, sont réalisés afin de tester les plans et de valider l'efficacité des processus. Ces exercices sont suivis de séances de retour d'expérience où les résultats sont analysés, les pistes d'amélioration identifiées et les apprentissages partagés avec les équipes et, dans certains cas, avec les résidents. Cette approche favorise une culture de préparation partagée et améliore la réactivité organisationnelle.

L'organisme a aussi mis en place des systèmes d'appoint (génératrices, systèmes d'eau, etc.) pour atténuer les effets des pannes de services publics et maintenir la sécurité et le bien-être des usagers. Le personnel et les usagers sont informés et impliqués dans les mesures de préparation aux urgences, ce qui contribue à renforcer leur confiance et leur sentiment de sécurité.

Enfin, les apprentissages tirés de la pandémie ont eu un effet positif sur la compréhension et l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) au sein des équipes. Ces expériences ont renforcé leur capacité à anticiper les risques, à s'adapter rapidement et à mettre en œuvre des mesures de protection efficaces.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.1	L'organisme dispose d'un plan directeur qui décrit les besoins à long terme de sa communauté et des autres intervenants en fonction des changements prévus dans la population et la démographie, ainsi que d'un plan à long terme sur la manière dont il continuera à répondre à l'évolution des besoins.	Priorité normale
2.2.1	Le personnel cadre de l'organisme établit un dialogue avec le personnel, les usagers, les familles et les autres intervenants afin d'élaborer des critères permettant de déterminer les priorités de l'organisme qui sont alignées sur sa vision, sa mission et ses valeurs.	Priorité normale
2.2.2	L'organisme dispose d'un plan stratégique qui détermine ses priorités et la manière dont elles seront réalisées.	Priorité normale
2.2.3	L'organisme analyse continuellement l'environnement et adapte le plan stratégique en fonction des résultats de ces analyses.	Priorité normale
2.2.5	L'organisme définit dans son plan stratégique des buts et des objectifs mesurables qui sont conformes à sa vision, sa mission et ses valeurs.	Priorité normale
2.4.4	L'organisme évalue régulièrement ses services en termes de faisabilité, de pertinence, d'acceptabilité, d'accessibilité financière, d'adéquation et d'efficacité, et utilise les résultats pour y apporter des améliorations.	Priorité normale
1.2.7	L'organisme doit renforcer sa capacité organisationnelle à utiliser le cadre éthique et intégrer le comportement éthique dans ses politiques, pratiques et processus.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.8	L'organisme recueille et évalue les renseignements sur les problèmes et les défis d'ordre éthique auxquels il est confronté, et il utilise ces renseignements pour éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité de l'organisme.	Priorité élevée
2.3.1	L'organisme dispose d'une structure qui est alignée sur le plan stratégique et le soutient.	Priorité normale
2.3.2	L'organisme veille à ce que des rapports hiérarchiques clairs soient définis lorsqu'il établit ou révisé sa structure organisationnelle, afin d'établir des voies de responsabilité efficaces.	Priorité normale
3.4.2	L'organisme élabore, met en œuvre, examine régulièrement et met à jour, au besoin, les descriptions de postes, conformément aux besoins de l'organisme et de ses intervenants.	Priorité normale
3.4.8	L'organisme dispose d'un système de gestion des talents afin de bien planifier la relève, le développement des ressources humaines, la rétroaction continue sur le rendement et le renforcement des capacités à l'échelle de l'organisme.	Priorité normale
4.1.5	Prévention de la violence en milieu de travail 4.1.5.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	POR
4.1.16	L'organisme établit un dialogue avec les usagers, les familles et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité de ses pratiques de sécurité culturelle, et utilise les résultats pour apporter des améliorations.	Priorité normale
2.4.1	L'organisme dispose d'un système complet servant à mesurer son rendement par rapport aux buts et objectifs stratégiques et opérationnels, et à aider à cerner, hiérarchiser et traiter les possibilités d'amélioration.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.4.2	L'organisme rend régulièrement compte de ses indicateurs de rendement et communique les rapports avec les intervenants pour les tenir informées.	Priorité normale
2.4.12	L'organisme communique les résultats de ses activités d'amélioration de la qualité aux intervenants, dans un souci de transparence et pour encourager la transformation à l'échelle de l'organisme et du système.	Priorité élevée
2.5.1	L'organisme adopte un cadre de gestion intégrée des risques afin de déterminer, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques, y compris les facteurs à risque élevé, et d'accroître la fiabilité de l'organisme.	Priorité élevée
2.5.2	L'organisme fait participer activement les intervenants aux processus d'évaluation et de gestion des risques, afin de renforcer la planification.	Priorité normale
2.5.3	L'organisme dispose d'un plan documenté de gestion des risques mis en œuvre dans l'ensemble de l'organisme afin d'aligner ses activités de gestion des risques.	Priorité élevée
2.5.4	L'organisme rend compte des risques au conseil d'administration en temps opportun afin de le tenir informé et à jour.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.2.2	<p data-bbox="383 306 1183 338">Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p data-bbox="402 390 1175 485">4.2.2.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.</p> <p data-bbox="402 506 1175 688">4.2.2.4 Tout au long du processus de divulgation, il y a communication avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers. La communication est consignée et elle est fondée sur les besoins des personnes concernées.</p> <p data-bbox="402 709 1175 892">4.2.2.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.</p>	POR
4.2.3	<p data-bbox="383 919 1183 951">Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p data-bbox="402 1003 1175 1157">4.2.3.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.</p> <p data-bbox="402 1178 1175 1724">4.2.3.7 L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul data-bbox="688 1335 1175 1724" style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers. 	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.2.5	L'organisme procède régulièrement à des évaluations des risques pour la sécurité, communique les résultats au personnel et s'assure que des plans d'amélioration sont élaborés pour tenter d'apporter une solution aux causes profondes.	Priorité élevée
2.6.4	L'organisme établit un dialogue avec les intervenants afin d'élaborer et mettre en place un plan de continuité des activités visant à assurer la poursuite des services de soins essentiels pendant et après une situation d'urgence ou une catastrophe.	Priorité élevée
2.7.4	L'organisme utilise des indicateurs de rendement définis pour évaluer régulièrement l'efficacité de ses initiatives de gérance de l'environnement et utilise ces résultats pour apporter des améliorations.	Priorité normale
2.7.5	L'organisme évalue régulièrement l'impact des changements climatiques sur l'organisme et sur la santé de la communauté. Il utilise ces renseignements pour s'adapter et atténuer l'impact des changements climatiques.	Priorité normale
4.3.1	L'organisme veille à ce que ses espaces physiques respectent les lois et les règlements pertinents.	Priorité élevée
4.3.8	<p>Programme d'entretien préventif</p> <p>4.3.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.</p>	POR

Prévention et contrôle des infections- organismes extra-hospitaliers

Évaluation des normes : 100,0 % des critères sont conformes

0,0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme démontre un engagement manifeste envers les bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Les politiques et procédures sont bien élaborées et appliquées de manière cohérente. Les pratiques de PCI sont bien établies sur chaque site. Le personnel reçoit une formation adéquate et applique des pratiques normalisées, notamment en matière d'hygiène des mains, de nettoyage de l'environnement, de gestion d'éclotions et de manipulation sécuritaire des équipements et produits. Des mécanismes de surveillance sont en place et l'organisme favorise une culture de prévention dans l'ensemble de ses secteurs d'activité, créant ainsi un environnement sécuritaire pour les usagers, les proches, le personnel et les visiteurs.

La disponibilité et la distribution adéquates des équipements d'hygiène des mains méritent d'être soulignées. Des stations de lavage avec évier ou des distributeurs de solutions hydroalcooliques sont installés à tous les points de passage pertinents ainsi que dans les zones de soins.

Les usagers reçoivent une orientation sur les mesures de sécurité, incluant l'utilisation appropriée des produits de nettoyage dans le cadre d'activités thérapeutiques. Certains bénéficient également d'une formation spécifique à l'entretien ménager et à la cuisine, leur permettant de participer activement à la préparation des repas dans un cadre sécuritaire.

Les produits de nettoyage sont sécurisés à l'aide de distributeurs à dosage contrôlé et de contenants scellés, limitant ainsi les risques d'accès non autorisé.

Le respect des pratiques d'hygiène des mains par le personnel et les usagers témoigne d'une sensibilisation efficace et d'une culture de prévention bien ancrée. Les pratiques sont revues régulièrement avec les équipes et les résidents. Des audits sont effectués et des distributeurs de désinfectant sont accessibles à plusieurs endroits stratégiques.

Afin de maintenir les progrès réalisés en matière de conformité à l'hygiène des mains, l'organisme est encouragé à adopter des outils de gestion visuelle, comme l'affichage des tendances de conformité dans chaque site. Cette approche favorise l'engagement du personnel, renforce le sentiment de responsabilité et maintient une attention continue sur cette pratique essentielle.

La gestion des éclotions est rigoureuse. Des rapports mensuels sur les maladies à déclaration obligatoire sont produits et mis à jour selon l'évolution des cas. L'expérience acquise durant la pandémie a permis de renforcer la compréhension de l'équipe en matière de PCI ainsi que sa capacité d'intervention en situation d'urgence. Les protocoles d'isolement sont appliqués en cas d'éclotion.

Au site de Lionel-Groulx, certaines améliorations ciblées sont à envisager pour renforcer davantage le dispositif. Les conditions de stockage des produits d'entretien doivent être revues. L'extraction d'air est insuffisante et la sécurisation des produits ne répond pas pleinement aux normes, ce qui pourrait représenter un risque à long terme pour la santé et la sécurité. L'état des conduits, des bouches de ventilation et du plafond suspendu de la cuisine du rez-de-chaussée soulève également des préoccupations. L'organisme est invité à évaluer ces éléments afin de prévenir l'accumulation d'humidité et l'apparition de moisissures susceptibles de compromettre la salubrité des aliments et la qualité de l'air ambiant.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Prévention et contrôle des infections- organismes extra-hospitaliers

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Normes d'évaluation portant sur des services spécifiques

Le programme Qmentum Global^{MC} pour l'agrément canadien a un ensemble de normes d'évaluation propres à des services spécifiques qui sont incluses dans le programme d'agrément en fonction des services offerts par les différentes organisations. Ces normes sont essentielles à la gestion et à la prestation de soins et services sécuritaires et de qualité dans des domaines de services spécifiques, comme la santé mentale et la dépendance.

Services de traitement des dépendances

Évaluation des normes : 97,1 % des critères sont conformes

2,9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

Résultats de l'évaluation :

Portage démontre un engagement clair à offrir des services de réadaptation centrés sur la personne, conçus pour accompagner les usagers là où ils en sont dans leur parcours, tout au long de leur rétablissement et jusqu'à leur réinsertion dans la communauté. Cette approche se manifeste d'abord par une attention soutenue portée à l'accessibilité des services. Dès l'admission, un processus d'évaluation rigoureux est mis en œuvre afin de vérifier l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur et les services offerts. Lorsque les besoins identifiés excèdent la portée du programme, une conférence de cas est tenue avec l'utilisateur, la famille et les partenaires afin de faciliter l'orientation vers des ressources plus appropriées. Toutefois, le renforcement du processus de préadmission représente une opportunité d'amélioration, particulièrement pour les jeunes présentant des besoins complexes, tels que ceux associés au trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Un processus plus structuré permettrait une planification accrue et contribuerait à éviter les admissions qui ne correspondent ni aux besoins de l'utilisateur ni aux capacités du programme.

L'organisme témoigne également d'un engagement constant envers la réduction de la stigmatisation et la promotion de la santé mentale. Le modèle thérapeutique adopté repose sur une approche globale de la santé, en intégrant un environnement physique apaisant, la promotion des saines habitudes de vie et l'implication active des familles.

L'autonomisation des usagers est une composante essentielle du modèle de soins. Les usagers peuvent donner ou retirer leur consentement à tout moment et participent activement à la vie communautaire et aux processus décisionnels. Chaque programme dispose d'un comité de résidents qui se réunit régulièrement pour aborder les droits individuels, favorisant ainsi la coresponsabilité et la transparence au sein de la communauté thérapeutique.

Les ressources humaines représentent un enjeu majeur, particulièrement dans les régions rurales. Une stratégie régionale ciblée et durable en matière de dotation est recommandée afin d'assurer la stabilité des équipes et la continuité des soins.

Les plans d'action sont élaborés en collaboration avec le personnel et les usagers. Une trousse d'admission est remise à chaque usager et à sa famille, présentant de manière claire les services et attentes. Les comités des résidents participent activement à la planification des services, et les résultats des sondages de satisfaction sont partagés avec la direction. Cette approche témoigne d'une culture d'amélioration continue, en adéquation avec les principes de soins centrés sur la personne.

Sur le plan clinique, une évaluation biopsychosociale complète est réalisée, incluant le risque suicidaire.

Le bilan comparatif des médicaments est effectué à l'admission, lors d'un changement de prescription, à la transition vers un autre service et au congé de l'utilisateur. Toutefois, l'évaluation systématique du risque de chute n'a pas été observée. L'organisation est encouragée à adapter ses outils d'évaluation aux profils des usagers, notamment en tenant compte de l'usage de sédatifs ou de comportements impulsifs, et à mettre en œuvre des mesures de prévention appropriées.

Une autre lacune identifiée concerne l'évaluation proactive des risques dynamiques, notamment ceux liés aux déclencheurs comportementaux. L'intégration d'outils cliniques tenant compte des traumatismes vécus permettrait une détection plus précoce et une prévention plus efficace d'événement indésirable (incident ou accident).

L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est utilisé de façon rigoureuse pour évaluer les besoins et guider la planification des soins individualisés pour chaque usager. Bien qu'il joue un rôle central, son intégration au moment de l'admission présente certains défis opérationnels. Une clarification des rôles, des responsabilités et des échéanciers liés à son utilisation permettrait d'en optimiser l'impact clinique dans l'ensemble des sites de Portage.

Les services de postcure et de réinsertion sont grandement appréciés par les usagers, puisqu'ils offrent un accompagnement soutenu lors de la transition vers leur milieu naturel. Les résidents ont partagé qu'ils se sentent en sécurité et soutenus par le personnel. Bien que leur parcours thérapeutique puisse être exigeant, ils considèrent que la structure des services thérapeutiques les aide à progresser vers leurs objectifs de rétablissement. Ils ont mentionné que le personnel les accompagne tout en les tenant responsables, dans une approche bienveillante.

La reconnaissance des réussites est bien ancrée dans la culture organisationnelle. Des cérémonies soulignent la fin du séjour résidentiel ainsi que les réussites à un an de maintien d'une vie positive, renforçant le sentiment d'appartenance et valorisant les efforts des usagers. Côté personnel, un programme de reconnaissance trimestrielle contribue à la mobilisation des équipes et à un climat de travail favorable.

L'approche bilingue et la culture sécuritaire sont implantées dans presque tous les services. Les outils cliniques sont disponibles en français et parfois en anglais dans la majorité des programmes, et l'accès à la traduction entre pairs ou avec les intervenants est possible. Une compréhension orale minimale dans l'une ou l'autre des langues officielles est exigée pour assurer une participation active. L'organisation veille également à intégrer les dimensions culturelles et spirituelles dans les plans d'intervention individualisés, notamment pour les usagers des Premières Nations, en respectant les pratiques traditionnelles et en accueillant les aînés dans un esprit d'ouverture et d'inclusion.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Services de traitement des dépendances

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.7	Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.	Priorité normale
1.3.6	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	Priorité élevée