



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## Rapport d'agrément

**Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation**  
Laval, QC

*Dates de la visite : 9 au 13 septembre 2012*

*Date de production du rapport : 28 septembre 2012*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services*  
*Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par ISQua

## Au sujet du rapport

Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation (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 septembre 2012. 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.

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

## 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 clients, à la communauté et aux autres partenaires.

*Agrément Canada est un organisme sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de services de santé un processus d'agrément rigoureux et exhaustif. Il favorise l'amélioration continue de la qualité au moyen de normes fondées sur des données probantes et d'un examen mené par des pairs de l'externe. Agréé par l'International Society for Quality in Healthcare, Agrément Canada aide les organismes à viser l'excellence depuis plus de 50 ans.*

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

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément décerné	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	10
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>12</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>13</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	14
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	16
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	18
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	19
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	21
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	23
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	24
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	25
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	26
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	27
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	28
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
3.2.1 <i>Section de normes : Laboratoires et banques de sang</i>	32
3.2.2 <i>Section de normes : Normes de gestion des médicaments</i>	34
3.2.3 <i>Section de normes : Prévention des infections</i>	36
3.2.4 <i>Section de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	37
3.2.5 <i>Section de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	39
3.2.6 <i>Section de normes : Services de réadaptation</i>	40
3.2.7 <i>Section de normes : Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises</i>	43
<b>4.0 Résultats qui découlent des outils d'évaluation</b>	<b>46</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	46
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	47

4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	49
<b>Annexe A Qmentum</b>	<b>51</b>
<b>Annexe B Processus prioritaires</b>	<b>52</b>

## Section 1 Sommaire

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. Les organismes agréés par Agrément Canada sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. Après qu'une auto-évaluation ait été effectuée en profondeur, des visiteurs formés à cet effet et qui proviennent d'organismes de santé agréés vont mener une visite dans l'organisme pour en évaluer le rendement par rapport aux normes d'excellence d'Agrément Canada.

Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Ce rapport d'agrément 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 Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

### 1.1 Décision relative au type d'agrément décerné

Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite : 9 au 13 septembre 2012**

- **Lieu**

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

- 1 Jewish Rehabilitation Hospital / Hôpital juif de réadaptation

- **Normes**

Les sections de normes suivantes ont été utilisées pour évaluer les programmes et services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

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

- 1 Normes sur la gouvernance
- 2 Normes sur la direction

*Normes sur l'excellence des services*

- 3 Normes de gestion des médicaments
- 4 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
- 5 Prévention des infections
- 6 Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises
- 7 Services de laboratoires biomédicaux
- 8 Laboratoires et banques de sang
- 9 Services de réadaptation
- 10 Services d'imagerie diagnostique

- **Outils d'évaluation**









L'organisme fait remplir les outils suivants :

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

### 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services.

Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Ce tableau énumère les dimensions de la qualité et illustre combien des critères qui se rapportent à chacune d'entre elles ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet pendant la visite d'agrément.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	31	3	1	35
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	44	3	1	48
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	236	26	43	305
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	68	10	1	79
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	54	3	1	58
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	21	0	0	21
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	416	47	55	518
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	44	2	3	49
<b>Total</b>	<b>914</b>	<b>94</b>	<b>105</b>	<b>1113</b>



## 1.4 Analyse selon les normes

Les normes d'excellence du programme 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 contribuent à atteindre le but visé par 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 la direction, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de clientèles, de secteurs et de services bien précis. Les sections de normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des sections de normes qui ont servi à évaluer les programmes et 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 cotés sans objet.

Les décisions relatives au type d'agrément sont fondées sur la conformité aux normes. Le pourcentage de conformité est indiqué en nombre décimal et il n'est pas arrondi.

Section de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la direction	37 (88,1%)	5 (11,9%)	0	77 (88,5%)	10 (11,5%)	0	114 (88,4%)	15 (11,6%)	0
Normes sur la gouvernance	43 (100,0%)	0 (0,0%)	0	32 (91,4%)	3 (8,6%)	0	75 (96,2%)	3 (3,8%)	0
Services d'imagerie diagnostique	44 (86,3%)	7 (13,7%)	15	43 (84,3%)	8 (15,7%)	10	87 (85,3%)	15 (14,7%)	25
Prévention des infections	33 (94,3%)	2 (5,7%)	6	35 (94,6%)	2 (5,4%)	5	68 (94,4%)	4 (5,6%)	11
Laboratoires et banques de sang	61 (95,3%)	3 (4,7%)	17	67 (94,4%)	4 (5,6%)	24	128 (94,8%)	7 (5,2%)	41
Normes de gestion des médicaments	59 (88,1%)	8 (11,9%)	9	46 (92,0%)	4 (8,0%)	2	105 (89,7%)	12 (10,3%)	11
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	30 (85,7%)	5 (14,3%)	5	43 (76,8%)	13 (23,2%)	3	73 (80,2%)	18 (19,8%)	8

Section de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.	Conformité	Non-Conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de laboratoires biomédicaux	9 (81,8%)	2 (18,2%)	5	31 (91,2%)	3 (8,8%)	2	40 (88,9%)	5 (11,1%)	7
Services de réadaptation	26 (100,0%)	0 (0,0%)	0	66 (97,1%)	2 (2,9%)	1	92 (97,9%)	2 (2,1%)	1
Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (92,1%)	6 (7,9%)	1	97 (94,2%)	6 (5,8%)	1
<b>Total</b>	<b>369 (92,0%)</b>	<b>32 (8,0%)</b>	<b>57</b>	<b>510 (90,3%)</b>	<b>55 (9,7%)</b>	<b>48</b>	<b>879 (91,0%)</b>	<b>87 (9,0%)</b>	<b>105</b>

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Dans le programme Qmentum, une pratique organisationnelle requise (POR) se définit comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité, lesquels sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. Il faut répondre aux exigences de tous les tests pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des POR et de la cote attribuée à chacune d'entre elles pendant la visite.

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgaration des événements indésirables (Normes sur la direction)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de réadaptation)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur la direction)	Non Conforme	3 sur 12	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique )	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services d'imagerie diagnostique )	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de réadaptation)	Non Conforme	2 sur 2	0 sur 1
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique )	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur la direction)	Conforme	0 sur 0	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur la direction)	Non Conforme	5 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur la direction)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité des patients : rôles et responsabilités (Normes sur la direction)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Directives sur la prévention des infections (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antigrippal (Prévention des infections)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique )	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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

Pendant la visite d'agrément, 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.

Après une période de consultation et de réflexion, l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) a développé un plan stratégique 2012-2015. Ce plan démontre l'engagement de chaque membre de l'organisme à continuer d'offrir des services de qualité. Le processus d'élaboration du plan stratégique a inclus la révision de l'énoncé de la mission, la vision et les valeurs de l'HJR. Ce plan a été récemment adopté par le conseil d'administration. La prochaine étape est l'approbation par l'Agence de santé et des services sociaux de Laval.

La préoccupation de l'HJR à continuellement chercher l'excellence clinique est remarquable à tous les niveaux. Il faut aussi mentionner la persistance de l'organisme dans l'élaboration de recherche, de développement des meilleures pratiques et dans son objectif d'obtenir une désignation d'institut universitaire et de devenir un centre d'excellence.

L'établissement est engagé dans une perspective de gestion des ressources humaines axée sur le soutien au développement des compétences du personnel afin d'établir un milieu de travail de qualité. Depuis la visite précédente d'Agrément Canada, l'HJR a mis des efforts pour répondre aux recommandations d'Agrément Canada.

Le conseil d'administration est composé d'un groupe de personnes dévouées et engagées envers l'organisme et sa vision. Le conseil soutient fortement l'objectif de l'HJR de devenir un centre d'excellence reconnu, un véritable Institut universitaire, un centre régional en déficience physique (CRDP) et un centre avec un mandat suprarégional.

Les règlements du conseil d'administration sont en cours de révision afin de refléter les changements récents apportés à la Loi sur les services de santé et de services sociaux.

Maintenant que le plan stratégique a été adopté, il est important que le conseil assume son leadership en fournissant son soutien à l'équipe de direction pour obtenir l'approbation nécessaire pour mettre en œuvre le plan, déterminer les échéanciers et les responsabilités, atteindre les buts et objectifs stratégiques, assurer une performance organisationnelle et s'assurer qu'il y a un plan de communication afin de promouvoir le partage du plan stratégique avec les partenaires internes et externes.

L'HJR a développé de nombreux liens avec la communauté de Laval et dans la région de Montréal. L'équipe de direction a de nombreux contacts avec les partenaires de la communauté et participe activement aux comités régionaux de Laval et de Montréal, ce qui lui permet d'avoir une compréhension adéquate des besoins de la communauté. Cette connaissance est utilisée efficacement dans le cadre de la planification de l'étendue des services. Ces différentes relations ont conduit au développement d'importants partenariats et par conséquent devraient permettre une amélioration de la coordination et de l'accessibilité de services. Le nouveau plan stratégique devrait ainsi permettre, grâce à ces consultations, de clarifier la mission et la vision de l'organisme, et permettra d'améliorer encore plus le partenariat avec différents organismes et ainsi augmenter l'accessibilité aux services offerts par l'hôpital.

Le comité de direction est stable, passionné et dévoué à l'établissement. Il a la capacité de se mobiliser et de mobiliser le personnel et de mettre en place les moyens requis pour améliorer de façon concrète la sécurité, et la qualité des soins et services à l'HJR. Il doit poursuivre ses efforts pour implanter le plan intégré de la qualité à tous les niveaux de l'établissement.

Le personnel est dédié et compétent. Le taux de roulement est bas, ce qui démontre notamment que le personnel apprécie la qualité du milieu de travail. L'esprit d'appartenance est présent chez le personnel. L'établissement applique plusieurs stratégies de reconnaissance (bourses d'études, contributions à la recherche, soutien, formation, flexibilité des horaires incluant le temps flexible et le temps partiel, etc.). La rétention du personnel est réelle. Cependant, le nombre élevé de membres du personnel ayant plus de 55 ans (environ 20 %) nécessitera une planification de la main-d'œuvre et un plan de relève de ressources humaines.

Des prix de reconnaissance tels que la mention d'honneur au prix d'excellence du MSSS reçue pour le programme de traumatologie pour l'activité de sensibilisation réalisée dans les écoles secondaires de la région témoignent de l'excellence des partenariats et des services. Les patients bénéficient directement des activités de recherche grâce au lien étroit entre les offres de services et les projets de recherche.

Un processus bien établi et structuré permet d'obtenir l'opinion des patients sur la satisfaction des services. Les sondages effectués sur une base régulière et les suivis postprogrammes montrent clairement la très grande satisfaction de la clientèle. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité est disponible pour recevoir et traiter les plaintes. Ses rapports sont acheminés au conseil d'administration sur une base régulière et celui-ci s'assure du suivi des recommandations.



## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Cette section fournit plus d'information au sujet des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité. On y illustre les buts liés à la sécurité des patients sous lesquels sont regroupées les POR, les exigences entourant les POR, et les sections de normes où elles se trouvent.

Les buts en matière de sécurité des patients sont les suivants : culture de sécurité, communication, utilisation des médicaments, milieu de travail et effectifs, prévention des infections, et évaluation des risques.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Section de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés</b> L'équipe met en oeuvre des processus de vérification et d'autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'imagerie diagnostique 15.8</li> <li>Services de réadaptation 15.5</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé</b> L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises 11.3</li> <li>Services de réadaptation 11.3</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle</b> L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des clients à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur la direction 15.8</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Programme d'entretien préventif</b> Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur la direction 9.7</li> </ul>
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b> L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur la direction 2.10</li> </ul>

### Section 3 Résultats détaillés de la visite

Cette section fait état des résultats détaillés de la visite. Il importe d'examiner les résultats obtenus pour les normes sur l'excellence des services en même temps que ceux des normes relatives à l'ensemble de l'organisme, puisqu'ils sont complémentaires.

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 clients porte sur des critères provenant de plusieurs sections de normes qui touchent chacune à divers aspects du cheminement des clients, 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 du cheminement des patients dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

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.

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

Se reporter à l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE CETTE SECTION :** Les tableaux font état de tous les critères où il n'y a pas conformité dans chacune des sections de normes, précisent lesquels ont un niveau de priorité élevé (ce qui englobe les POR), et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR sont identifiés au moyen des symboles suivants :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Principal test de conformité à la POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité à la POR

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

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

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

#### 3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté et de la population desservies.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
4.11 Les politiques et les procédures relatives aux fonctions, aux activités et aux systèmes clés de l'organisme sont conservées par écrit, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
6.6 Les dirigeants de l'organisme choisissent des systèmes et des outils de gestion pour surveiller la mise en place des plans opérationnels et fournir des rapports à ce sujet.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les dirigeants de l'organisme ont récemment élaboré le plan stratégique 2012-2015 avec une large participation des partenaires internes et externes. Le processus d'élaboration du plan stratégique a inclus la révision de l'énoncé de mission, la vision et les valeurs de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR). Des objectifs spécifiques ont été déterminés pour permettre d'atteindre les buts du plan stratégique. Le nouveau plan devrait fournir des lignes directrices pour l'HJR en vue d'atteindre son objectif de préserver son identité particulière et de consolider son mandat d'établissement de deuxième ligne, voué à la réadaptation spécialisée en santé physique et en déficience physique pour la clientèle adulte et pédiatrique. La dernière étape est l'approbation par l'Agence de Laval. Une fois ce plan approuvé, il est important qu'un plan de communication soit élaboré pour permettre la communication des buts et objectifs stratégiques à travers tout l'établissement afin que les objectifs des équipes, des unités et des programmes s'alignent avec le plan stratégique.

L'équipe de direction a de nombreux contacts avec les ressources communautaires et participe activement aux comités régionaux de Laval et de Montréal, ce qui lui permet d'avoir une excellente compréhension des besoins de la communauté. Cette connaissance est utilisée efficacement dans le cadre de planification de l'étendue des services. Ces différentes connexions ont conduit au développement d'importants partenariats et par conséquent une amélioration de la coordination et de l'accessibilité de services.

Chaque administrateur a élaboré et mis en oeuvre un plan opérationnel annuel pour appuyer l'atteinte des plans de l'établissement et pour orienter les activités quotidiennes.

L'équipe de direction est consciente des principes de gestion du changement et utilise cette approche pour assurer le succès de la mise en œuvre des changements dans l'organisme. L'équipe chargée de la réorganisation de la direction de réadaptation mérite des éloges pour avoir géré avec succès ce changement majeur.

En raison de nombreux changements qui sont survenus à l'HJR, plusieurs politiques et procédures exigent une élaboration ou une révision. Il est important que les politiques et les procédures relatives aux fonctions, aux activités et aux systèmes clés soient conservées par écrit, autorisées, mises en œuvre et mises à jour.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la gouvernance</b>	
10.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
10.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages au personnel, aux partenaires et à la communauté.	
13.8 Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement au moyen de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance. 13.8.1 Le conseil d'administration assure la surveillance de son fonctionnement en utilisant l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance au moins une fois tous les trois ans. 13.8.2 Le conseil d'administration a pris des mesures selon ses derniers résultats découlant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.	SECONDAIRE  SECONDAIRE

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

Le conseil d'administration est composé d'un groupe de personnes dévouées et engagées envers l'organisme et sa vision. Le conseil soutient l'objectif de l'Hôpital juif de réadaptation de devenir un centre d'excellence reconnu, un véritable institut universitaire, un centre régional en déficience physique (CRDP) et un centre avec un mandat suprarégional.

L'assiduité aux réunions du conseil est très élevée. Plusieurs membres ont siégé au conseil pendant plusieurs années. Afin de s'assurer que le conseil de la Fondation et le conseil de l'hôpital coordonnent leurs activités, il y a un représentant de la Fondation au conseil de l'hôpital.

Les règlements du conseil d'administration de l'organisme sont en cours de révision afin de refléter les changements récents apportés à la Loi sur les services de santé et services sociaux. Bien que la composition soit définie dans la loi, le conseil pourrait recruter de nouveaux membres pour s'assurer que la composition du conseil d'administration comprenne des membres qui ont certaines compétences, d'autres avec de l'expérience, ainsi que des représentants de la communauté juive. Le conseil est encouragé à offrir aux nouveaux membres la possibilité de participer à un programme d'orientation qui leur permettra de bien comprendre leurs rôles et responsabilités.

Le conseil fonctionne avec sept comités internes ce qui lui permet de recevoir l'information nécessaire pour continuer à exercer ses fonctions. Ces comités comprennent un comité exécutif ainsi que les comités de finances, de la vérification, de la construction et de l'entretien, de vigilance et de la qualité, de priorité et planification, de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.


Le commissaire local aux plaintes est présent à chaque réunion du conseil où il présente un bilan des plaintes reçues, l'approche utilisée pour répondre à ces plaintes ainsi que les résultats de chaque intervention. Un rapport annuel est également préparé et présenté par le commissaire au conseil d'administration.

Maintenant que le plan stratégique a été élaboré, il est important que le conseil assume son rôle en fournissant des conseils à l'équipe de direction pour obtenir l'approbation nécessaire pour le plan, pour déterminer les délais et les responsabilités pour atteindre les buts et objectifs stratégiques et pour s'assurer qu'il y a un plan de communication pour promouvoir le partage du plan stratégique avec les partenaires internes et externes.

Considérant que l'organisme a terminé l'exercice 2011-2012 avec un déficit et considérant qu'il projette un autre déficit pour l'année 2012-2013, il sera important pour le conseil de guider l'Hôpital juif de réadaptation dans la recherche de solutions afin de préserver le niveau de la qualité des services.

### 3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
8.2 Les dirigeants de l'organisme préparent les budgets annuels de fonctionnement et des immobilisations en fonction de ses politiques et procédures financières.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Tous les membres de l'équipe de direction portent une attention très spéciale à l'utilisation des ressources de l'organisme. Chaque mois, les directeurs reçoivent un rapport clair et détaillé contenant des données sur l'emploi du temps et des dépenses de leur domaine particulier. Une analyse prospective a permis l'identification des zones vulnérables. Des ajustements sont effectués dans l'allocation des ressources selon un processus spécifique afin de fournir des ressources là où elles sont les plus nécessaires.


Le processus de planification budgétaire est structuré et fait partie du cycle normal de planification. Même si un mémo détaillé est envoyé aux directeurs décrivant les différentes étapes à compléter dans le cycle de préparation du budget, des politiques et des procédures formelles relatives à la préparation du budget n'ont pas été développées. Le conseil d'administration reçoit les mises à jour mensuelles sur l'allocation des ressources de l'organisme. Le comité des finances du conseil d'administration se réunit dix fois par année et approuve tous les budgets.

La Fondation de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) travaille en étroite collaboration avec le conseil d'administration et l'équipe de direction pour prendre des décisions d'allocation de ressources. Les contributions généreuses de la Fondation permettent le financement des activités de recherche et d'éducation, l'achat d'équipements et la réalisation de divers projets.

L'HJR est félicité pour l'intérêt qu'il accorde à l'identification des possibilités d'améliorer l'utilisation efficace des ressources. L'organisme est encouragé à poursuivre les plans de mise en œuvre d'un bureau de soutien du projet qui vise à fournir de l'aide aux gestionnaires dans l'analyse de l'impact des décisions d'allocation des ressources.

### 3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
2.4 Les dirigeants de l'organisme élaborent des stratégies visant à créer un milieu de travail sain pour aider le personnel et les prestataires de services à gérer leur état de santé.	!
2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.10.7 Les dirigeants de l'organisme étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.	 <b>SECONDAIRE</b>
2.11 Les dirigeants de l'organisme établissent un processus de communication confidentiel qui permet au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles de formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs.	
2.13 L'organisme contrôle la qualité de sa culture axée sur un milieu de travail positif en se servant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail. 2.13.2 L'organisme a pris des mesures pour réagir aux résultats du dernier Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail ou du dernier Sondage sur la mobilisation du personnel.	<b>SECONDAIRE</b>
10.4 Les dirigeants de l'organisme établissent un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de direction et des compétences au sein de l'organisme.	
10.6 Les dirigeants de l'organisme veillent à l'élaboration et à la mise à jour régulière du profil de chaque poste.	
10.9 Les dirigeants de l'organisme évaluent régulièrement les liens hiérarchiques et l'étendue des responsabilités des cadres.	
10.10 Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
10.11 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent comment traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	



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



L'équipe de gestion des ressources humaines s'assure d'offrir une approche ouverte et accessible ainsi que de bonnes voies de communication. Il existe plusieurs politiques ayant comme but le développement du personnel : formation, remboursement de frais de scolarité, bourses pour être libéré pour des activités de recherche, accès au gymnase, etc.

Des politiques contre la violence en milieu de travail, de santé et de sécurité ainsi que de vaccination sont définies et mises en œuvre. Des données sur les ressources humaines (tableau de bord) permettent de suivre l'évolution des actions.

Des démarches sont mises en œuvre pour doter l'établissement d'une certification « Entreprise en santé » et permettre ainsi une approche complète et intégrée pour améliorer la qualité de vie au travail et la santé des travailleurs. L'établissement est encouragé à compléter cette démarche. Il est aussi encouragé à élaborer et mettre en œuvre un plan de développement des ressources humaines pour l'ensemble des employés y compris les cadres.

### 3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et communiquer la qualité dans l'ensemble du système afin d'atteindre les buts et les objectifs.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
<p>15.8 L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des clients à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.</p> <p>15.8.2 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est instauré dans un secteur de prestation de services au moment du transfert ou du congé.</p> <p>15.8.3 Un plan écrit permet d'instaurer l'établissement du bilan comparatif des médicaments partout dans l'organisme.</p> <p>15.8.4 Le plan comprend les endroits et les échéances prévus pour l'instauration de l'établissement du bilan comparatif dans l'ensemble de l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>16.3 Les dirigeants de l'organisme surveillent et appuient les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi de mesures de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux larges buts et objectifs stratégiques de l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Depuis la visite d'agrément précédente, il y a eu des efforts considérables déployés pour mettre en place les éléments nécessaires pour se conformer aux normes d'agrément dans les domaines de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Le comité d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, sous le leadership de deux directeurs cliniques, se réunit régulièrement, reçoit des rapports de plusieurs comités et assure un suivi de toutes les mesures correctives nécessaires. Les leaders méritent des félicitations pour l'excellent travail qu'ils accomplissent avec des ressources limitées.

Une des priorités du conseil d'administration est d'assurer la surveillance des divers indicateurs reliés à la qualité et la sécurité. La sécurité fait en effet l'objet d'une priorité stratégique. Un plan de sécurité des patients est élaboré et mis en œuvre et une évaluation des problèmes liés à la sécurité est effectuée.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des patients sont fournis au conseil d'administration sous forme de tableaux de bord. Des activités et des réalisations spécifiques appuyant les buts et objectifs en matière de sécurité y sont précisées. Les membres du conseil appuient les activités menées et accordent un suivi aux recommandations présentées dans les rapports.

La communication est ouverte; l'organisme favorise une culture de déclaration des incidents, des accidents et des problèmes courants associés à la sécurité des patients ainsi que leur divulgation complète. Il existe une politique et un processus structurés et transparents de divulgation des accidents aux patients et aux

familles. Un mécanisme de soutien aux patients, aux familles et au personnel concernés par de tels événements est prévu.

Bien que plusieurs éléments d'un programme d'amélioration de la qualité intégrée soient en place, il reste à mettre en œuvre une approche organisationnelle de l'amélioration de la qualité qui comprend la participation de tous les départements et les secteurs de l'hôpital.

### 3.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Détermination des problèmes et dilemmes d'éthique et prise de décisions à leur égard.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
1.7 Les dirigeants de l'organisme renforcent la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<p>L'établissement encourage et favorise la réflexion éthique. Divers moyens sont proposés : code d'éthique, code d'éthique pour les administrateurs, comité d'éthique clinique, comité d'éthique de la recherche, etc. Les rapports du comité d'éthique clinique et du comité d'éthique à la recherche sont présentés annuellement au conseil d'administration.</p> <p>Le comité d'éthique clinique et la consultante en éthique clinique ont une approche proactive pour rejoindre les cliniciens. Ils utilisent, par exemple, des rencontres avec les équipes et des conférences sur l'heure du midi. La consultante en éthique permet à l'organisme de bénéficier de nouvelles tendances, comme par exemple, un nouveau cadre d'analyse d'un dilemme éthique. Le processus d'approbation des projets de recherche est complet.</p> <p>L'établissement est encouragé à formaliser et diffuser un cadre intégré et opérationnel en matière d'éthique. Ce cadre devrait couvrir tous les aspects, dont les responsabilités, pour assurer que tous les employés et bénévoles aient une meilleure compréhension et connaissance des enjeux liés à l'éthique. L'établissement est aussi encouragé à consolider la formation et la sensibilisation initiale et continue relativement aux questions éthiques et à poursuivre ses efforts pour rejoindre tous les groupes. L'établissement est aussi encouragé à s'assurer que les membres du Conseil d'administration soient informés régulièrement de la liste des projets de recherche qui se déroulent et impliquent la clientèle de l'établissement ainsi que des projets terminés ou cessés.</p>	

### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

Communication entre les divers échelons de l'organisme et avec les partenaires externes.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
7.4 Les dirigeants de l'organisme collaborent avec le conseil d'administration pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication en vue de diffuser de l'information aux partenaires de l'interne et de l'externe, et en recevoir d'eux.	
11.6 Les dirigeants de l'organisme évaluent régulièrement la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme, et améliorent les systèmes d'information de celui-ci.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Il existe des processus variés de moyens de communication, et ce, de manière formelle et informelle. Ceux-ci rejoignent tant l'interne que l'externe. De forts arrimages aux fins de communication existent entre le conseil d'administration et la Fondation, ainsi que lors de différentes rencontres à l'interne (assemblée annuelle par exemple), avec des partenaires ou par des médias: site web, Intercom, page Facebook, etc. Des plans de communication pour des actions précises ont été développés par exemple pour les changements au programme de réadaptation.

Les données de recherche et de références sont facilement disponibles par l'entremise de la bibliothèque et son centre de référence des sciences de la santé. L'hôpital a élaboré un plan de gestion des ressources informationnelles ainsi que les responsabilités qui lui sont associées.

L'établissement est encouragé à formaliser ses processus de communication (plan de communication pour l'établissement) et à mettre en place des mécanismes formels d'évaluation. L'établissement est aussi encouragé à évaluer la qualité des données et faire des audits sur l'accès aux dossiers cliniques.

### 3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires afin de réaliser la mission, la vision et les buts.

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

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

La bâtisse est bien entretenue par une équipe dévouée. Un suivi rigoureux des systèmes de chauffage, de ventilation et climatisation est présent. Il serait souhaitable d'informatiser les données de suivi des services fournis et des mécanismes utilisés pour faciliter la tâche des intervenants en ce qui concerne les exigences requises.

Une rénovation en cours lors de la visite a permis de constater le respect des restrictions de l'accès aux lieux en construction, le contrôle des substances et des matériaux dangereux, ainsi que l'isolation hermétique des travaux de rénovation.

Il existe de bons processus pour signaler les dangers et les risques et pour l'élimination des matières dangereuses. Il y a des systèmes d'appoint pour l'électricité et le chauffage et les secteurs à accès restreint sont bien identifiés.

L'organisme a le souci de la protection de l'environnement. L'hôpital a reçu la certification environnementale nationale du Canada, du programme BOMA BEST. Un processus de recyclage du papier, des ampoules électriques, des piles, des huiles de friture est en place. La collecte sélective est instaurée partout dans l'hôpital. Les règlements de l'usage du tabac dans les milieux publics sont bien appliqués. Des aires de stationnement pour vélos sont mises à la disposition du personnel, favorisant une meilleure condition physique ainsi que la diminution des émissions. L'organisme a aussi opté pour la solution écologique géothermie de chauffage et de climatisation.

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

Faire face aux urgences et à d'autres aspects relevant de la sécurité publique.

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

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

Toutes les politiques et procédures concernant les sinistres ou autres événements relevant de la santé publique se retrouvent dans le manuel « Plan des mesures d'urgence ». Les rôles et les responsabilités, clairement définis, se retrouvent aussi dans ce manuel.

Les membres du personnel portent une carte d'identité avec la liste des codes d'urgence de couleur à l'endos. Des guides simplifiés des mesures d'urgence, sous forme de cardex sont distribués et affichés dans l'ensemble de l'hôpital.

Le comité de planification des interventions en mesure d'urgence est actif et se réunit quatre fois par année. Les événements réels ont été évalués par ce comité et des mesures correctives ont été mises en place au besoin. Des exercices pratiques des éléments du plan des mesures d'urgence sont effectués sur les différents quarts de travail et de façon régulière. Les membres du personnel témoignent de la sécurité et de la satisfaction que ces mises à l'essai leur procurent en vue de sinistres ou d'urgences potentiels. Des formations ayant comme objectif d'améliorer les compétences requises pour mettre en oeuvre, respecter et exécuter le plan d'intervention en mesure d'urgence est offerte à l'ensemble du personnel, mais peu d'employés se présentent aux séances de formation. Nous encourageons l'organisme à rendre les formations obligatoires autant pour les nouveaux employés que les anciens.

### 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

Déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et de leurs familles entre les services et les milieux de soins appropriés.

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




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

Il existe des processus structurés, connus et suivis de cheminement des patients. Celui-ci est centralisé, sauf le volet relatif à l'admissibilité. Des efforts importants ont été faits pour atteindre les cibles ministérielles et résorber la liste d'attente. Cependant, pour les enfants, des délais en dehors des standards ministériels existent. La réallocation de ressources, compte tenu d'une meilleure définition des services spécialisés, a permis à l'établissement de respecter les standards du plan d'accès pour les adultes présentant une déficience. L'établissement est encouragé à déterminer et mettre en application des mesures pour réduire les délais d'accès aux services pour enfants.



### 3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Section de normes : Normes sur la direction</b>	
<p>9.7 Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p> <p>9.7.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p> <p>9.7.3 Les dirigeants de l'organisme disposent d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Section de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
<p>1.4 L'organisme désigne une personne qui détient la formation et les compétences nécessaires pour assumer la responsabilité de la coordination de toutes les activités de retraitement et de stérilisation dans l'ensemble de l'organisme, ce qui englobe celles qui sont effectuées à l'extérieur du service de retraitement des appareils médicaux.</p>	
<p>1.5 La personne désignée relève directement de la haute direction de l'organisme ou de la direction générale.</p>	
<p>3.3 Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.</p>	
<p>3.5 L'organisme assure la régulation de la qualité de l'air, de la ventilation, de la température, de l'humidité relative et de l'éclairage dans les zones de décontamination, de retraitement et d'entreposage.</p>	
<p>3.6 Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.</p>	
<p>4.10 L'équipe fait le suivi des changements apportés aux politiques, aux PON, aux normes de pratique et aux directives des fabricants grâce à un système de contrôle documentaire.</p>	
<p>5.2 Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un oeil magique.</p>	

5.7	L'équipe respecte un code vestimentaire minutieux dans l'aire propre de retraitement, ce qui englobe les vêtements, les cheveux, les bijoux, les ongles artificiels de toute forme et les chaussures fermées.	!
5.9	L'équipe effectue régulièrement des évaluations quant à l'ergonomie et à la santé et la sécurité au travail de son service de retraitement des appareils médicaux.	
10.1	Le service de retraitement des appareils médicaux dispose d'une zone pour l'entreposage des appareils médicaux stérilisés.	
10.2	L'organisme surveille l'accès à l'aire d'entreposage et la limite aux membres appropriés de l'équipe.	
10.3	Lors du nettoyage de la zone stérile d'entreposage, les membres du personnel réduisent la turbulence de l'air et l'excès d'humidité.	
11.7	Pour chaque rappel, l'équipe émet un avis complet par écrit à tous les services de l'organisme qui utilisent des appareils médicaux retraités, dans lequel on nomme les articles qui font l'objet du rappel et les mesures nécessaires pour l'effectuer.	!
11.8	L'équipe produit un rapport complet par écrit pour tous les rappels.	
11.9	L'équipe suit une politique pour conserver les avis de rappel et les rapports qui en découlent dans ses dossiers.	
12.2	Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme.	
12.6	L'équipe vérifie et consigne la qualité des services de retraitement offerts dans d'autres secteurs ou par des sous-traitants.	!
12.8	Les dirigeants d'équipe revoient régulièrement le système de la gestion de la qualité.	
<b>Section de normes : Services d'imagerie diagnostique</b>		
8.1	La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	

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

L'organisme ne dispose pas d'équipe de service de génie biomédical, mais, elle est associée au Groupe génie biomédical de l'Hôpital du Sacré-Cœur qui répond bien au besoin.

L'organisme est encouragé à développer un processus d'achat, de contrôle et d'entretien des instruments et appareils médicaux. Chacune de ces pratiques devrait être incluse dans des politiques et procédures pour uniformiser le processus. Il n'y a pas de système intégré et transversal d'entretien préventif des instruments médicaux, ayant comme résultat que certains services, en raison de la lourdeur de la tâche, ne sont pas en mesure d'assurer le respect des plans et des processus d'entretien préventif et d'évaluer l'efficacité du programme. Il serait souhaitable de mettre sous une même entité la gestion du programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux de l'organisation.

Le retraitement et sa responsabilité est divisé par programme/service soit, les unités de soins infirmiers, les services de physiothérapie et d'ergothérapie (réadaptation), la pédiatrie avec leur espace pour leurs jouets et le matériel pour la réadaptation au travail (PÉDIP). Il serait souhaitable de mettre sous une même responsabilité, la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme pour uniformiser les politiques et les procédures et leurs applications au regard de la gestion de la qualité dans tout l'organisme.

Actuellement, le service de retraitement et de stérilisation n'est pas conçu pour répondre aux normes. Une rénovation importante de ce service est prévue pour 2013, et l'appel d'offres aura lieu le 15 septembre 2012. La réalisation de ce projet régularisera la situation cahoteuse actuelle. Malgré les conditions difficiles de travail du service de stérilisation, les membres de l'équipe sont dévoués et ont le souci de la clientèle.

Il serait souhaitable de considérer d'autres espaces plus appropriés que le service de retraitement pour le dépôt des solutés, des fioles et autres fournitures médicamenteuses appartenant au service de la pharmacie. Le service de laboratoire y entrepose des centaines de tubes pour prélèvement et autres fournitures. L'organisme est encouragé à déplacer ces fournitures dans des endroits appropriés.

La direction du service devrait voir à la possibilité de mettre en place un programme structuré pour la gestion de la qualité et en mesurer l'efficacité.

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

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services sont les suivants :

#### Direction clinique

- Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

#### Compétences

- Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficaces.

#### Épisode de soins

- Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

#### Aide à la décision

- Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

#### Impact sur les résultats

- Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

#### Gestion des médicaments

- Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

#### Prévention des infections

- Mesures prises par le personnel dans les établissements de santé pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.

#### Services de diagnostic - Imagerie

- Disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

#### Services de diagnostic - Laboratoire

- Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

#### Banques de sang et services transfusionnels

- Processus sécuritaires pour disposer du sang et des produits sanguins labiles, de la sélection du donneur et du prélèvement sanguin jusqu'au moment de la transfusion.

3.2.1 Section de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
6.7 Le laboratoire revoit annuellement les rôles et les responsabilités de tous les membres du personnel, et il vérifie si les profils de postes sont respectés.	
10.1 Le laboratoire dispose de procédures relatives à la mise en place et au maintien des PON. Référence CSA : Z902-10, 4.2.2.1.	
10.5 Le laboratoire révisé ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	
10.7 Les cadres supérieurs approuvent les nouvelles procédures et celles qui sont révisées. Référence ISO : 15189-07, 4.3.2. Référence CSA : Z902-10, 4.2.1.2.	
14.1 Le laboratoire dispose d'un bon programme d'assainissement et d'entretien ménager, et se conforme à une PON ou procédure de nettoyage documentée. Référence ISO : 15189-07, 5.2.10. Référence CSA : Z902-10, 22.3, 22.3.2 et 22.3.3.	!
22.5 Le laboratoire revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents, et apporte des changements à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
25.2 Le laboratoire définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur la qualité. Référence ISO : 15189-07, 4.2.3, 4.2.4.	!

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le personnel de laboratoire est composé de deux technologistes à temps partiel et un coordonnateur. Ce sont des personnes qui ont plusieurs années d'expérience et très dévouées. Cependant, à cause du menu très restreint des tests offerts au laboratoire (quatre analyses) et le volume très faible, il n'y a aucun spécialiste clinique. Cette situation ne permet pas un échange entre le laboratoire et les cliniciens relativement à la gestion et à l'optimisation des demandes des tests des laboratoires.

L'Hôpital juif de réadaptation (HJR) de Laval a signé en février 2011 une entente de services avec le Centre de santé et de services sociaux de Laval selon laquelle le département de biologie médicale du CSSS rend accessibles des services d'analyses de biologie médicale à l'HJR. Bien que la perception soit que le nombre de rejets d'échantillon est relativement élevé depuis le début de cette entente, le personnel du laboratoire ainsi que les cliniciens sont satisfaits des services offerts par le laboratoire des CSSS de Laval.

Tel que mentionné, le laboratoire de l'HJR offre seulement quatre analyses et une réflexion est en cours pour déterminer l'avenir de ce service. Les procédures opératoires normalisées (PON) des tests offerts ont été développés, cependant ils ne sont pas révisés annuellement et ne sont pas signés par un cadre supérieur. Actuellement, les résultats des tests sont rapportés manuellement. Le menu de tests actuels et le volume ne justifient pas l'utilisation d'un système informatique de laboratoire (SIL). Cependant si le volume et/ou le menu augmentent de façon significative, l'utilisation d'un SIL devient primordiale pour augmenter l'efficacité et éviter des erreurs de transcription.

En lien avec la situation particulière de ce laboratoire, très peu d'indicateurs de la qualité sont utilisés. Ces indicateurs peuvent permettre de cerner les défis et d'apporter les améliorations appropriées.

## 3.2.2 Section de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
1.6 L'organisme donne accès aux protocoles, aux directives, aux recommandations relatives aux échelles de dosage, aux listes de vérification et aux formulaires d'ordonnances préimprimés pour les médicaments faisant l'objet d'un niveau de risque ou d'alerte élevé.	!
1.7 L'organisme a accès à un pharmacien en tout temps pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!
3.9 L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer les pénuries de médicaments.	
3.11 La pharmacie dispose d'une politique et d'un processus d'identification et de résolution des problèmes liés aux expéditions de médicaments.	!
7.4 Les médicaments qui doivent être administrés dans les secteurs de services aux clients sont rangés dans des emballages unidose étiquetés.	!
7.5 Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	!
7.7 L'organisme dispose d'une politique et d'un processus de gestion des médicaments apportés par les clients et les familles.	
10.4 Dans les organismes non dotés d'un système informatique d'entrée des ordonnances émises par les prescripteurs (CPOE), les professionnels prescripteurs utilisent des formulaires préimprimés standards pour l'ordonnance de médicaments.	
10.7 L'organisme établit et suit une politique ou une procédure de mise à jour de l'information clinique exacte sur les réactions connues à des médicaments de chaque client dans son profil pharmaceutique.	!
12.2 L'organisme établit des politiques et procédures pour garantir une préparation sécuritaire des médicaments.	!
13.3 La pharmacie délivre des médicaments dans des contenants à dose unitaire.	!
17.2 L'organisme fournit un enseignement et une supervision appropriés aux clients qui procèdent à l'auto administration de médicaments.	

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

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe de la pharmacie est actuellement en transition vers un nouveau logiciel (GESPHARM) et a dû prioriser certains projets. Les locaux de la pharmacie sont exigus et ne permettent pas un entreposage volumineux. Ces derniers sont très propres, clairs et calmes. Les produits y sont rangés de façon sécuritaire et ordonnée. Il existe un risque relatif à l'entreposage des solutés près des aires de stérilisation et retraitement. L'évaluation de cette situation est encouragée.

Plusieurs processus et procédures sont effectifs, bien connus et rodés; beaucoup de politiques balisent les activités de la pharmacie. Cependant, certains processus et protocoles auraient avantage à être officialisés par une politique.

Les services de la pharmacie répondent aux besoins et il n'y a pas de délai dans la livraison des médicaments aux unités. Un pharmacien est accessible de jour durant la semaine. Les soirs et les fins de semaine, durant les heures commerciales d'ouverture, les prestataires de services se réfèrent à la pharmacie communautaire située à proximité. Hors de ces périodes, il n'y a pas d'accès à un pharmacien ni de mécanisme d'accès à un pharmacien en cas d'urgence. L'établissement est encouragé à permettre l'accès à un pharmacien en tout temps. Considérant le faible volume des demandes de préparations stériles, des ententes existent avec des partenaires pour obtenir ces produits en temps opportun. Le processus semble bien implanté et efficace.

Les informations relatives aux médicaments sont disponibles dans le dossier du patient pour l'infirmière. L'organisme est encouragé à systématiser la diffusion de l'information relative à la médication afin qu'elle puisse être disponible en tout temps pour l'ensemble des prestataires de services.

La formation portant sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion se fait lors de l'orientation et par la suite, par des collègues ou par la spécialiste en activités cliniques, au besoin. L'organisme aura à s'assurer de systématiser cette formation à tous les membres de son personnel concernés.

Il existe une politique portant sur la double identification des patients avant la prestation de service. Comme discuté avec des membres du personnel, la double identification se module selon les clientèles lors de la prestation de services. Pour plusieurs, les paramètres permettant une double identification sécuritaire des patients devraient être mieux précisés dans la politique et les procédures. L'organisme est encouragé à rendre plus précise et rigoureuse la pratique de la double identification.

Tel que discuté lors des rencontres, il y a une demande pour remettre en opération la politique portant sur l'automédication. Ce dossier pourra être revu éventuellement afin d'assurer à la fois la sécurité des patients et le maintien de leur autonomie.



### 3.2.3 Section de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.1 L'organisme élabore des politiques et des procédures pour s'occuper des principaux problèmes liés à la prévention des infections.	!
4.7 L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
5.2 Le programme de prévention des infections précise le rôle de chacun des membres du personnel, des prestataires de services et des bénévoles dans la prévention des infections.	
5.3 Le programme de prévention des infections porte sur les précautions personnelles et les activités à risque élevé qui ont lieu dans l'organisme.	!

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

**Processus prioritaire : Prévention des infections**


L'organisme encourage l'intégration du programme du contrôle et de la prévention des infections. L'infirmière en prévention des infections est reconnue pour sa compétence et sa présence auprès des équipes. Le comité de prévention des infections est représentatif des services de l'organisme, ce qui a pour effet une communication efficace et pertinente de l'information. Le comité est composé de la directrice adjointe du service de réadaptation, des trois infirmières chefs d'unité, de la conseillère en prévention des infections, du chef de salubrité, du chef du service de diététique, de représentants d'ergothérapie et de physiothérapie, du responsable de la santé et sécurité au travail, d'un pharmacien et d'un médecin.

L'organisme fait le suivi des indicateurs relatifs aux infections régulièrement. Le nombre de clients ayant été atteint d'infections nosocomiales, du SARM et du C. difficile est stable pour les années 2010-2011, 2011-2012 et 2012-13.

Il serait souhaitable de revoir et mettre à jour les politiques et les procédures pour les services des soins infirmiers et de réadaptation au travail (PÉDIP). De plus, il serait souhaitable que l'infirmière en prévention des infections assure un suivi des activités de stérilisation. Un programme de qualité de prévention des infections serait un atout pour l'organisme.

3.2.4 Section de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</b>	
8.1 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
4.11 L'équipe dispose d'un système d'alimentation électrique de secours qui est mis à l'essai régulièrement et qui est conforme aux règlements applicables.	!
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
5.2 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.	!
5.4 L'équipe nettoie et élimine les matières contaminées par les substances déversées, le sang et les fluides corporels conformément aux règlements du SIMDUT.	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	

10.6	Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux clientes en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.	!
15.5	L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par Santé Canada et les organismes de réglementation provinciaux, et y accorder un suivi.	!
15.8	L'équipe met en oeuvre des processus de vérification et d'autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.	
15.8.1	L'équipe détermine les activités à risques élevés.	PRINCIPAL
15.8.2	L'équipe élabore et met en oeuvre des processus de vérification pour les activités représentant des risques élevés.	PRINCIPAL
15.8.3	L'équipe évalue les processus de vérification et se sert de l'information qui en résulte pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
17.3	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des événements indésirables.	!
17.4	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
17.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le service d'imagerie diagnostique offre des services d'imagerie (rayon X) et de fluoroscopie (gorgée barytée modifiée). L'espace est amplement suffisant pour les activités du département et un équipement à la pointe de la technologie est utilisé. L'équipe est composée d'une technologue à temps partiel. Les images des rayons X sont interprétées à distance par un radiologiste du CSSS de Laval environ une fois par semaine. Ces services sont offerts essentiellement aux patients hospitalisés et le délai d'attente est presque nul. Le personnel du département d'imagerie diagnostique est compétent et dédié. Les résultats sont rapportés dans un délai raisonnable. Le département envisage d'offrir ses services aux patients externes. Le département pourrait facilement (en augmentant le temps technique) absorber une augmentation significative de la demande.

Malgré le fait qu'une seule technologue travaille actuellement au département et que très peu de produits chimiques sont utilisés, il est nécessaire que l' (ou les) employée soit formée et utilise les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail. Le poste de coordonnateur du département d'imagerie diagnostique n'est pas pourvu depuis environ un an.

Plusieurs procédures et politiques sont rédigées, cependant elles ne sont pas rédigées de façon standard, ne sont pas datées ni signées.

3.2.5 Section de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
2.2 Le manuel comprend les procédures concernant la préparation du client; l'identification du spécimen primaire devant être prélevé; le prélèvement du spécimen; et l'élimination en toute sécurité des matériaux utilisés pour prélever l'échantillon. Référence ISO : 15189, 5.4.3.	
8.1 Le laboratoire extrait des indicateurs de qualité des résultats généraux des analyses.	!
8.2 Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	
8.3 Le laboratoire fait une vérification des résultats globaux et analyse les tendances générales.	
8.4 Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	!

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



**Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire**

Le personnel du laboratoire est composé de deux technologistes à temps partiel et un coordonnateur. Le personnel est expérimenté et dévoué. Les technologistes sont responsables des prélèvements sanguins des patients hospitalisés de 7 h à midi. Les tests proviennent exclusivement des patients hospitalisés et du personnel de l'hôpital. Les utilisateurs (médecins et infirmières) sont très satisfaits des services offerts par le personnel des laboratoires.

Depuis plusieurs années, seulement quatre analyses sont effectuées au laboratoire de l'Hôpital juif de réadaptation: analyse d'urine, Clostridium difficile, recherche de sang dans les selles et INR. Pour ce dernier, tout résultat supérieur à 3.0 est référé au laboratoire de l'hôpital du CSSS de Laval. Tous les autres tests sont référés à ce même laboratoire.

L'espace est adéquat et le service reçu du laboratoire de référence semble satisfaire les besoins des cliniciens.

3.2.6 Section de normes : Services de réadaptation

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
11.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
11.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	PRINCIPAL
11.5	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
15.5	L'équipe met en oeuvre des processus de vérification et d'autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.	
15.5.3	L'équipe évalue les processus de vérification et se sert de l'information qui en résulte pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

Les services offerts sont basés sur les besoins de la clientèle ciblée et aussi sur les meilleures pratiques. Le rayonnement de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) est à souligner, de même que la collaboration avec les partenaires et avec le centre de recherche. Les équipes fonctionnent en interdisciplinarité. Les rôles et les responsabilités sont clairs et bien établis au sein des équipes.

La réorganisation en programmes s'est faite à la suite de beaucoup de consultation auprès du personnel. L'implantation en est très récente et les équipes sont en transition. Il existe un plan de communication pour cette réorganisation.

Les programmes profitent d'équipements de pointe, variés et disponibles.

Les plans d'amélioration continue de la qualité indiquent des buts et des objectifs. Des indicateurs objectifs et mesurables pourraient assurer un suivi plus rigoureux des activités.

### Processus prioritaire : Compétences

Les besoins de formation sont identifiés et le perfectionnement est encouragé. Plusieurs cliniciens sont impliqués dans les recherches et la diffusion des meilleures pratiques. La formation portant sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion se fait lors de l'orientation et par la suite, par des collègues ou par la spécialiste en activités cliniques, au besoin. L'organisme est encouragé à s'assurer de systématiser cette formation à tous les membres de son personnel concernés.

Le fonctionnement en interdisciplinarité s'observe dans toutes les équipes de réadaptation, dans le respect des spécificités professionnelles. Les besoins du patient sont pris en compte. L'équipe implique le patient et sa famille, au besoin, dans la prise en charge de son plan de soins.

L'évaluation du rendement est complétée selon une procédure mise en place il y a deux ans. Certaines équipes ont terminé un premier cycle d'évaluation. Il reste à s'assurer de compléter ces évaluations dans toutes les équipes. Les activités de reconnaissance sont diversifiées.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes regroupées en programme visent l'amélioration du continuum de soins et de services. Le changement étant récent, l'harmonisation est incomplète. Cependant, nous observons une volonté et une implication de tous les prestataires de services en vue de répondre aux besoins de la clientèle.

Il existe une politique portant sur la double identification des patients avant la prestation de service. Comme discuté avec des membres du personnel sur les unités, la double identification n'est pas systématique lors de la prestation de services. Pour plusieurs, les paramètres permettant une double identification sécuritaire des patients sont flous. Nous encourageons l'organisme à rendre plus rigoureuse la pratique de la double identification.

Dans les dossiers consultés et lors des échanges avec les prestataires de services, il est constaté que le bilan comparatif du médicament lors de transferts ou de congé n'était pas implanté. Nous avons observé la présence du meilleur schéma thérapeutique possible. Nous encourageons l'établissement à implanter le bilan comparatif du médicament lors de transfert ou de congé.

De même, il serait intéressant de faire un suivi après le départ ou le transfert d'un patient afin de clore l'épisode de soins. Le suivi n'est pas fait systématiquement pour tous les clients. Certaines clientèles ciblées font l'objet d'un suivi après leur départ. L'établissement est encouragé à systématiser cette pratique et à en compiler les résultats.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

La tenue de dossiers est de grande qualité. L'utilisation des onglets et la standardisation de la localisation des informations et des rapports sont notables.

Les équipes bénéficient du soutien de spécialistes en activités cliniques de réadaptation. Ceci permet d'intégrer au quotidien les meilleures pratiques et de respecter les lignes directrices fondées sur les données probantes.


## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il a été observé comment se vivait dans l'approche clinique la stratégie de prévention des chutes. L'implication du patient dans la prise en charge des mesures de prévention des chutes est un élément à souligner. La clarté et la simplicité des concepts transmis en assurent une bonne compréhension par la clientèle.

Le processus de double identification était appliqué, mais non d'une façon formelle, systématique et rigoureuse. Nous encourageons l'organisme à se pencher sur certains paramètres de ce processus.

Les programmes ont élaboré un plan d'amélioration continu de la qualité. Ces plans démontrent une connaissance réelle des points forts à maintenir et des défis à affronter. Nous encourageons les équipes à ajouter des indicateurs simples, objectifs et mesurables pour faciliter et démontrer l'atteinte des objectifs.

3.2.7 Section de normes : Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
1.9 L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.10 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.5 L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
<p>11.3 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).</p> <p>11.3.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).</p> <p>11.3.2 Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
16.3 L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	



- 16.5 L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.

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

##### Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme traumatisé cérébrocrânien (TCC) est défini dans le cadre d'une programmation régionale et suprarégionale (consortium) bien structurée, ce qui implique des attentes et des corridors de services bien précis. Les processus de coordination sont clairs et permettent une complémentarité de services. Des démarches d'évaluation de processus et de trajectoires sont élaborées en collaboration avec des partenaires du consortium. Des initiatives de collaboration de prévention des lésions cérébrales acquises sont à souligner. L'équipe est encouragée à formaliser ses processus d'évaluation de ses services et ainsi améliorer et mieux redéfinir des objectifs de services. Les objectifs initiaux ont été définis en 2007.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le fonctionnement en équipe permet d'assurer des services coordonnés et centrés sur la personne. Un processus structuré de fonctionnement existe et permet une réponse adaptée et continuellement réévaluée qui implique les clients et leurs familles.

Les activités de développement et de formation sont accessibles et disponibles pour le personnel. Un processus spécifique d'orientation est en place. L'établissement est encouragé à soutenir les responsables cliniques à réaliser régulièrement les évaluations de rendement.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe accompagne de manière soutenue les clients et leur famille ou les proches durant tout le processus de réadaptation et offre aussi du counseling. L'approche de réadaptation est multidisciplinaire et adresse plusieurs aspects de la personne et ses besoins spécifiques. Plusieurs activités auprès des clients et des familles visent à assurer un succès au retour ou à l'intégration des personnes dans leur milieu. Les processus de transfert impliquent les partenaires dès le début. La tenue de dossier témoigne des interventions de tous les membres de l'équipe. Lorsque les clients sont hospitalisés, l'automédication n'est pas possible. Le bilan comparatif des médicaments est fait à l'admission, pas au transfert et au congé. L'équipe est encouragée à s'assurer du bilan comparatif des médicaments au transfert, au congé et mettre en place des processus sécuritaires permettant l'automédication.

##### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès à l'information clinique en temps opportun et s'assure que les partenaires externes qui doivent être associés y ont accès aussi selon les lois en vigueur. L'accès aux données probantes est facilité par l'intégration des activités de recherche et clinique.

##### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe dispose d'informations cliniques de façon continue. Elle a aussi mis en place un mécanisme pour s'assurer du maintien des acquis des clients après le programme. Une attention importante est apportée à l'information écrite et verbale donnée aux clients et à leur famille ou les proches pour favoriser le retour ou l'intégration à domicile et pour assurer la sécurité et la réussite.

L'équipe est encouragée à analyser les résultats du programme, à établir des comparaisons avec d'autres programmes équivalents et à les diffuser auprès des clients, familles ou proches ainsi qu'auprès de leurs partenaires. Elle est aussi encouragée à soutenir des travaux de recension et d'analyse d'outils qui permettent de bonifier l'information comme cela a été fait par des étudiants de maîtrise à l'intention des personnes ayant subi des lésions médullaires.

## Section 4 Résultats qui découlent des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes clients ont fait remplir des outils d'évaluation. Les sondages sont des questionnaires qui portent sur des secteurs comme la gouvernance, la culture de sécurité des patients et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

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

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Les quatre éléments du conseil d'administration qu'il sert à mesurer sont les suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite, par le biais du plan d'amélioration de la qualité du rendement qui se trouve dans le portail des organismes. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- Période de collecte de données :
- Nombre de répondants : 0

**Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats pour chaque élément du conseil d'administration**

L'organisme n'a pas répondu au questionnaire requis pendant la période d'évaluation.

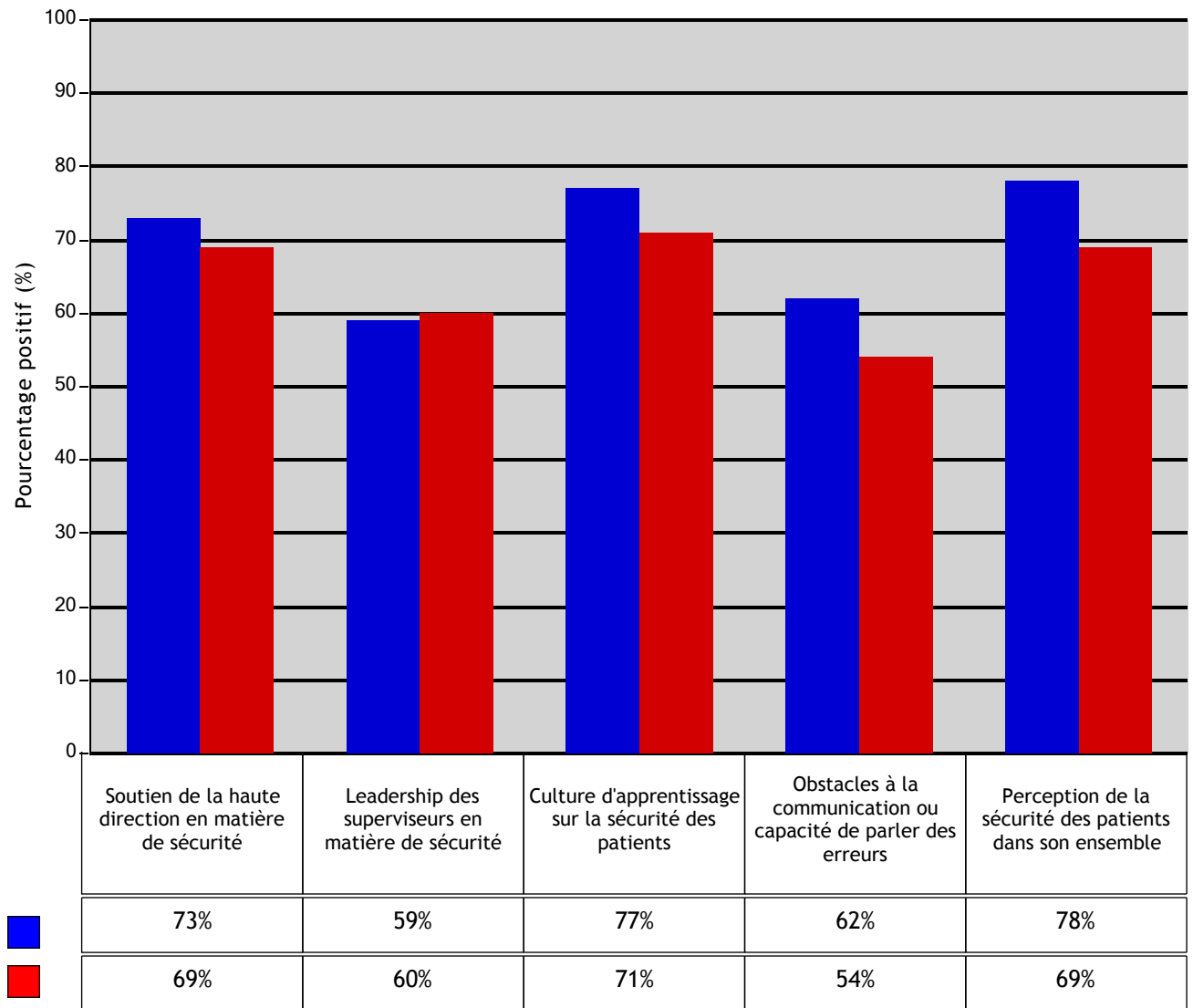
## 4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

Le Sondage sur la culture de sécurité des patients fournit de précieux renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients, ainsi qu'une indication des points forts et des possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des patients et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients avant la visite, par le biais du plan d'amélioration de la qualité du rendement qui se trouve dans le portail des organismes. L'organisme a ensuite pu s'occuper des possibilités d'amélioration. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 21 février 2012 au 10 avril 2012
- Taux de réponse minimum (fondé sur le nombre d'employés) : 227
- Nombre de répondants : 244

Culture de Sécurité des patients: résultats par dimension de la culture de sécurité des patients



Légende

- Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

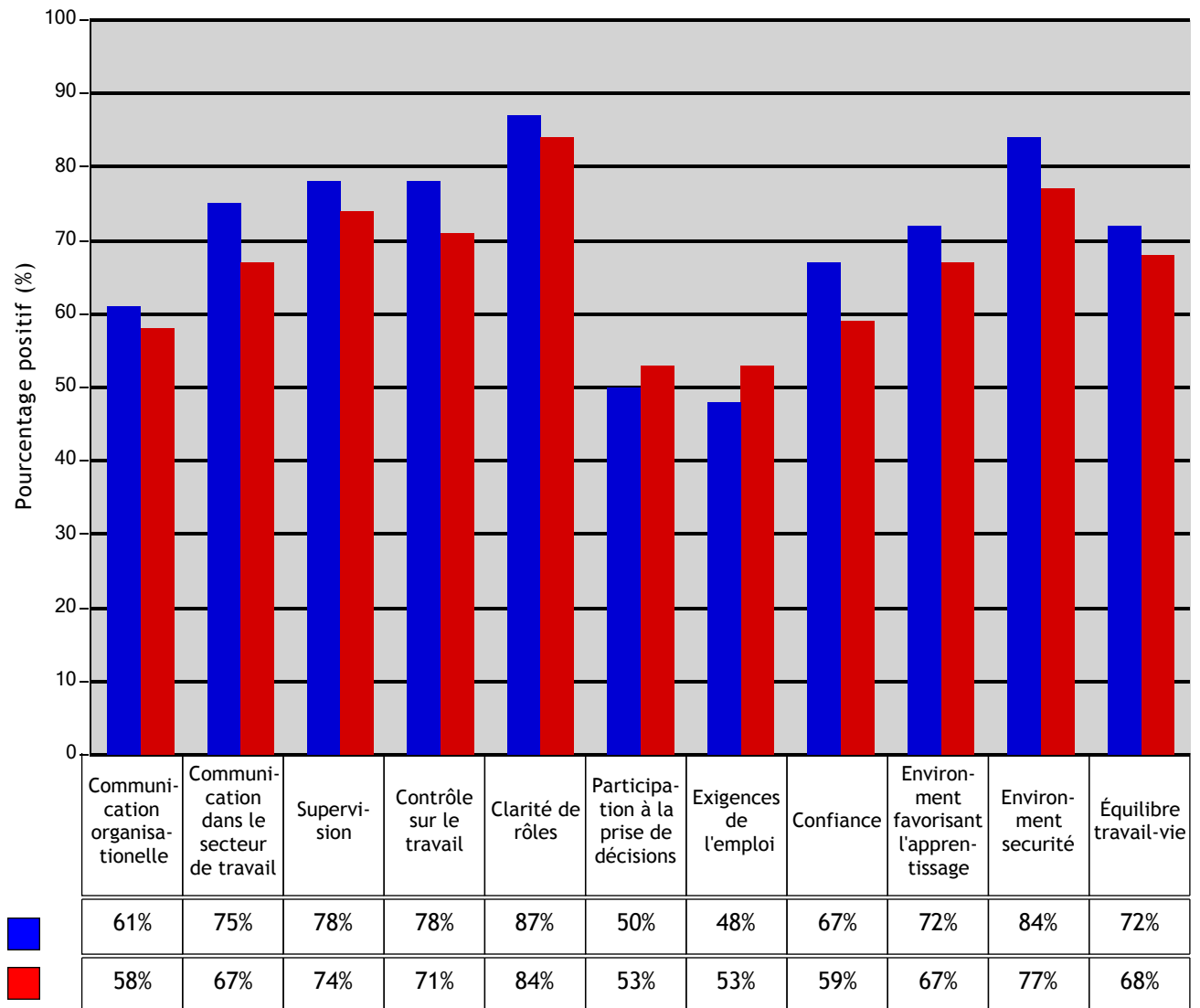
## 4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail permet aux organismes de prendre le pouls de la qualité de vie au travail en évaluant la perception du personnel à l'égard de plusieurs éléments de la vie au travail, comme la communication au travail, la santé et le bien-être du personnel, et la satisfaction à l'égard du travail. Il permet de recueillir de l'information sur onze éléments relatifs au milieu de travail qui sont reconnus pour contribuer à la qualité de vie au travail au plan individuel ainsi qu'au rendement de l'organisme.

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

- **Période de collecte de données : 21 février 2012 au 10 avril 2012**
- **Taux de réponse minimum (fondé sur le nombre d'employés) : 227**
- **Nombre de répondants : 301**

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats selon les éléments du milieu de travail



### Légende

- Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Annexe A Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des patients 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 nationales d'excellence. 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 trois ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à établir un plan d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Établissement d'un plan d'action

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

### Examen des preuves et amélioration continue

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



## Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

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

Processus prioritaire	Description
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.