



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Sommaire

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 du 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 sommaire fait partie du rapport d'agrément, mais peut également être utilisé comme un document distinct servant à informer vos partenaires. Il renferme le type d'agrément qui vous a été décerné et souligne certaines de vos activités liées à l'agrément et certains résultats de la visite.

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.

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

| | |
|--|----------|
| 1.0 Sommaire | 1 |
| 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 |

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

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 |
| Total | 914 | 94 | 105 | 1113 |

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 |
| Total | 369 (92,0%) | 32 (8,0%) | 57 | 510 (90,3%) | 55 (9,7%) | 48 | 879 (91,0%) | 87 (9,0%) | 105 |

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 |
| But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité | | | |
| Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur la direction) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Divulgence 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections | | | |
| 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 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes | | | |
| 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.