



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 d'agrément : 27 septembre au 1 octobre 2015

Date de production du rapport : 16 octobre 2015



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

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

Agréé par l'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 2015. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot 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 votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

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

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

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	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	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	10
3.0 Résultats détaillés de la visite	11
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	12
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	13
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	14
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	15
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	16
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	17
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	18
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	19
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	20
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	21
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	22
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</i>	22
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments</i>	24
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	26
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Services de réadaptation</i>	27
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Soins ambulatoires</i>	31
4.0 Résultats des outils d'évaluation	33
4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	33
4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	35
Annexe A Programme Qmentum	37
Annexe B Processus prioritaires	38

Section 1 Sommaire

Jewish Rehabilitation Hospital Hôpital juif de réadaptation (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément

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

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 27 septembre au 1 octobre 2015**

- **Emplacement**

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

- 1 Jewish Rehabilitation Hospital / Hôpital juif de réadaptation

- **Normes**

Les ensembles de normes suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership
- 2 Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections
- 3 Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services

- 4 Soins ambulatoires
- 5 Services d'imagerie diagnostique
- 6 Services de réadaptation

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 2 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. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	22	0	1	23
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	23	0	1	24
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	152	9	27	188
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	55	1	1	57
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	55	0	6	61
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	16	0	0	16
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	228	13	16	257
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	18	1	0	19
Total	569	24	52	645

1.4 Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	57 (100,0%)	0 (0,0%)	2	94 (98,9%)	1 (1,1%)	2
Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	24 (100,0%)	0 (0,0%)	3	44 (100,0%)	0 (0,0%)	2	68 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	38 (95,0%)	2 (5,0%)	7	33 (97,1%)	1 (2,9%)	9	71 (95,9%)	3 (4,1%)	16
Services d'imagerie diagnostique	52 (91,2%)	5 (8,8%)	10	62 (96,9%)	2 (3,1%)	4	114 (94,2%)	7 (5,8%)	14
Services de réadaptation	26 (83,9%)	5 (16,1%)	0	64 (91,4%)	6 (8,6%)	0	90 (89,1%)	11 (10,9%)	0
Soins ambulatoires	31 (100,0%)	0 (0,0%)	11	74 (100,0%)	0 (0,0%)	3	105 (100,0%)	0 (0,0%)	14
Total	208 (94,1%)	13 (5,9%)	31	334 (97,4%)	9 (2,6%)	20	542 (96,1%)	22 (3,9%)	51

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de réadaptation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
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
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	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 (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Prévention de la violence en milieu de travail (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Taux d'infection (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Les usagers et les membres de la famille des usagers sont tous d'accord pour chanter les louanges du personnel clinique, administratif et de soutien. Les employés sont chaleureux et réceptifs aux demandes et suggestions des usagers. Le souci d'avoir à cœur le bien-être du patient et de la famille est toujours présent. Les usagers sont un peu inquiets de ce l'avenir leur réserve avec les changements suite à la loi 10.

Les usagers ont aussi louangé les membres du personnel pour leur présence, leur professionnalisme et leur attention envers eux et leur famille.

Le conseil d'administration (CA) est en période de transition, la présidente est déjà nommée, elle s'engage à soutenir les nombreuses initiatives en lien avec la qualité, qui sont en augmentation. L'organisme est en période de grands changements avec la création du CISSSL (Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval) et la réorganisation des hauts gestionnaires mais un effort évident a été fait pour minimiser l'impact sur les usagers et sur les employés. Ce qui est tangible c'est qu'il n'y a aucun impact au niveau clinique.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Programme d'entretien préventif Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement médical et la technologie médicale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership 9.6
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de réadaptation 9.4

Section 3 Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

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

Veuillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

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

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 des populations et des communautés desservies.

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

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

Une attente de l'organisme est que tous les programmes (six présentement) revoient leur plan stratégique annuellement, discutent de leur plan d'amélioration de la qualité et aussi fassent la planification de leurs objectifs pour soumettre le tout à la haute direction. Cette année, cet exercice annuel est un peu en suspens avec la réorganisation totale de du système de la santé et des attentes très spécifiques du Ministère de la santé et services sociaux.

En principe, la revue annuelle du plan stratégique et des objectifs de rendement sont faites avec la participation de la moyenne direction, des représentants des employés, des membres du comité sur l'amélioration de la qualité et finalement avec l'information recueillies auprès des usagers.

Plusieurs liens et ententes sont établis avec d'autres organismes tels l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, la Cité de la Santé de Laval afin d'assurer le bon cheminement des patients et des usagers, et ce, pour s'assurer que les soins sont prodigués là où le patient est le mieux situé, face à la progression de son état de santé. Un exemple de la relation intime avec un autre organisme est le comité d'accès avec la Cité de la Santé de Laval; des rencontres ont pour but d'améliorer le cheminement des patients d'un centre à l'autre ou vers la communauté, de discuter des tendances dans la communauté, et finalement de clarifier les critères d'admission à l'Hôpital juif de réadaptation (HRJ).

Un plan triennal est en place pour le remplacement et renouvellement de l'équipement médical et informatique.

Au niveau des partenaires de la communauté, les personnes contactées qui sont des partenaires importants pour le HJR sont d'accord pour dire que l'organisme est ouvert aux suggestions et aux changements, ainsi que toujours disponible pour améliorer la gestion des prestations des soins. Les employés et les gestionnaires sont facilement accessibles et retournent toujours les appels.

Les partenaires apprécieraient une meilleure connaissance des services du HJR pour ce qui est des obstacles en instance ainsi que les enjeux qui priment dans leur environnement; alors un peu de marketing serait de mise pour l'organisme.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Les budgets annuels pour l'équipement médical, l'équipement non-médical et pour l'informatique sont, en premiers lieux, soumis aux directeurs des différents programmes pour une validation et déterminer si des changements sont nécessaires. La haute direction soumet ensuite les budgets validés par l'exécutif au conseil d'administration par la voie de comité d'audit du CA. Les critères établis pour orienter les décisions varient selon le programme mais, de façon générale, cela inclus le temps d'attente pour les services ainsi que la croissance cumulative de la demande pour un certain service.

Tous les mois, les directeurs reçoivent un bilan financier pour leur programme et une validation ou explication est attendue.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Des formations sur la sécurité des usagers et des employés sont offertes et elles ciblent les besoins des différents secteurs. La haute-direction participe à des tournées axées sur la sécurité des usagers et des employés.

Le département des ressources humaines est en période de transition avec la fusion des établissements et il est important de rassurer les employés que leurs besoins seront rencontrés, peu importe la hiérarchie finale. Des rencontres sont faites avec les employés pour les réassurer qu'il n'y aura pas d'impact clinique ou d'impact sur leur milieu de vie suite aux changements des ressources humaines.

Le roulement des employés se limite à moins de 10%; plusieurs mesures pour assurer le recrutement et la rétention des employés sont en place, telles les créations de postes à équivalent temps complet (ETC), la création de postes pour une équipe volante d'infirmières et des horaires de travail flexibles.

Il existe de nombreuses stratégies visant à créer un milieu de vie sain pour les employés tel que l'accès au gymnase hors des heures d'utilisation des usagers, l'aide aux employés est gratuite et confidentielle, le comité de santé et sécurité qui offre des suggestions à la direction.

Un programme de perfectionnement des compétences en leadership, en collaboration avec l'Université Laval, est sur place pour les gestionnaires nouvellement dans leur poste ainsi que pour les employés ciblés comme ayant le potentiel à devenir gestionnaire.

De la formation plus pointue est offerte aux employés de façon régulière. Le portrait de la formation continue, de chaque employé, est envoyé tous les quatre mois aux gestionnaires comme outil de soutien pour leur rencontre avec les employés pour l'appréciation de la contribution au travail. Une initiative très positive, mettant la responsabilité aux employés, est d'envoyer un avis à l'employé même (à la date anniversaire de l'embauche) pour faire un rappel qu'il est temps de prendre rendez-vous avec son gestionnaire pour faire l'appréciation de la contribution au travail.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Au cours des deux dernières années, les membres de la haute direction ont initié des tournées de sécurité; ces tournées incluent les usagers et les employés. Pour promouvoir la sécurité au travail pour les employés et les usagers, la campagne de promotion est faite lors de la semaine de la sécurité des usagers, comprenant de nombreuses activités dont certaines liées à la surveillance des infections. Des focus groups, avec les usagers, sont en place pour les impliquer dans la sécurité de leur site.

Des groupes de formation sont créés pour promouvoir et mettre en marche le programme de prévention des chutes. Les informations qui sont disponibles, pour les patients qui sont admis, seront sous peu disponible pour les patients ambulatoires.

Les plans de gestions des risques et d'amélioration de la qualité sont spécifiques aux programmes. Les évaluations des risques ainsi que les indicateurs de rendement de la qualité nécessitent l'implication des employés cliniques et des préposés aux usagers.

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

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

L'HJR a adopté le « modèle d'analyse éthique centré sur le patient pour la réadaptation ». L'organisme offre diverses formations aux employés afin de les outiller à faire l'analyse et à résoudre certaines situations conflictuelles. Pour les cas plus complexes, le comité d'éthique clinique est disponible pour les consultations. Le comité émet également des avis reliés aux enjeux organisationnels.

Le comité d'éthique de la recherche du CRIR (Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain) est mandaté pour l'évaluation des projets impliquant les patients ou le personnel de l'HJR. Le comité d'éthique de la recherche évalue environ 30 nouveaux projets par année à l'HJR.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
11.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme assure la protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur ou au résident en conformité avec les lois applicables.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme valorise ses relations avec ses partenaires et est donc très proactif dans le développement et le maintien de ces relations afin d'être en mesure à fournir les meilleurs soins possible à ses patients.

Grâce à un long historique d'affiliation avec l'Université McGill, le centre de recherche de l'HJR a développé des stratégies de transfert de connaissances telles que des conférences, des formations, des groupes de discussions, des "advance practice leaders", et autres activités afin d'assurer que les pratiques cliniques soient basées sur les données probantes.

L'organisme a élaboré une politique de la sécurité des actifs informationnels et elle est mise en application. L'organisme organise des campagnes annuelles de sensibilisation sur le sujet de la confidentialité. Toutefois, l'équipe est encouragée à sécuriser les dossiers médicaux, archivés dans les locaux de la radiologie, afin d'assurer le respect de la confidentialité.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Depuis quelques mois, l'établissement a fait plusieurs réalisations immobilières, et ce, pour assurer un environnement plus sécuritaire qui répond aux besoins de la clientèle et du personnel. Pour en nommer quelques-uns: le rehaussement du système électrique permettant une utilisation maximale de l'équipement servant à la clientèle ainsi que le projet de géothermique qui a aussi des effets bénéfiques sur l'environnement.

Il a été constaté que les lieux physiques sont propres, un entretien régulier des espaces est fait. De plus, les espaces réservés pour la dispensation des services sont aménagés de façon sécuritaire.

Il faut aussi souligner les avantages du système informatique, le logiciel "Planon" servant à la gestion intégrée de l'environnement. Ce système est implanté depuis juin 2015 et sert à la maintenance du bâtiment. Ce logiciel assure l'aspect préventif et correctif aux activités nécessaires pour l'entretien et la maintenance de l'établissement.

Les locaux servant à l'entreposage du matériel pour les services d'entretien et de maintenance sont conformes aux normes de sécurité. Cela s'applique aussi au local servant à l'entreposage des fournitures médicales.

3.1.8 Processus prioritaire : 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.

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

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

Le plan des mesures d'urgence est bien en place et il est révisé de façon régulière par les membres du comité d'urgence. Un programme de formation est existant et il est transmis à tout le personnel de l'établissement.

Les plans d'évacuation sont placés de façon stratégique et connus du personnel. Les mises à jour sont faites rigoureusement afin d'assurer une représentation réelle des lieux. De plus, des livrets sous forme de cardex sont affichés dans les services et présentant les codes d'urgences. Ces outils sont accessibles et faciles de consultation.

Des exercices d'évacuation ont été faits dans les unités de soins, suivi d'une évaluation post-évacuation. Le comité est encouragé à établir un calendrier pour la formation et les exercices de simulation afin d'intégrer ces activités de façon continue.

Considérant le récent regroupement de l'Hôpital Juif de réadaptation sous le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, l'établissement est encouragé à poursuivre le développement du plan des mesures civiles leur permettant de définir quels rôles et responsabilités ces derniers assureraient lors d'un sinistre externe, et ce, en lien avec la mission de l'établissement.

3.1.9 Processus prioritaire : 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.

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

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

L'HJR a développé un outil informatisé de gestion des lits qui contribue à une gestion plus efficace de l'arrimage entre les prévisions de départs et les demandes en attente d'admission.

Pour le programme de traumatologie, la cible de zéro attente est respectée grâce à une structure de collaboration entre les hôpitaux référents et l'HJR. Les rencontres de coordination hebdomadaire permettent d'assurer la transmission d'informations concernant les prévisions de congés et d'admissions.

Pour la clientèle ambulatoire, la prise en charge de la clientèle adulte est faite dans un délai raisonnable. L'organisme a récemment ajouté 11.7 ETC dans un effort de réduire la durée d'attente pour traitement.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
<p>9.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement médical et la technologie médicale.</p> <p>9.6.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif.</p>	 SECONDAIRE
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Les nouveaux locaux servant à la stérilisation et au retraitement du matériel et de l'équipement sont fonctionnels et sécuritaires. L'emplacement permet une trajectoire continue en réponse aux normes de sécurité et de qualité.

Les évaluations du contrôle de la qualité des appareils servant au lavage et à la stérilisation sont faites régulièrement.

Un grand souci afin d'assurer des services de qualité pour la clientèle a été constaté auprès du personnel. Le personnel de remplacement reçoit une formation pour le travail de préposé à la stérilisation.

Le processus d'entretien préventif pour les appareils et les équipements médicaux en fonction, actuellement, demande beaucoup de manipulation de la part des responsables. Malgré le fait que le souci de la qualité et de la sécurité soient présents par les responsables du processus, l'établissement est encouragé à développer un programme d'entretien préventif, plus efficient, en regroupant sous une même entité tout le matériel et les équipements présents dans les services.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- 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.

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.

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.

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.

3.2.1 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	

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

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Les membres du comité de prévention et de contrôle des infections sont actifs et dynamiques. La composition du comité est interdisciplinaire. Un programme en prévention et contrôle des infections est élaboré et mis à jour régulièrement. Les rôles et les responsabilités sont bien définis. Une planification des activités existe, un plan d'action pour les activités prévues est élaboré et un calendrier fait l'objet des rencontres planifiées au cours de l'année.

Une évaluation quotidienne est faite pour détecter les infections nosocomiales. Les résultats de l'évaluation sont transmis au personnel. La prévention et la prise en charge sont considérées comme importantes pour l'établissement et les actions en place le démontrent.

Tous les processus concernant la désinfection de façon régulière et lors d'éclosions sont connus. Les lieux physiques, le matériel de soins et les équipements de réadaptation sont nettoyés et désinfectés selon les normes de sécurité. Sur les unités, le matériel de protection pour le personnel est placé à la disposition du personnel et près des chambres de la clientèle. Aussi, des distributeurs de solutions hydro-alcooliques sont placés aux endroits stratégiques dans l'établissement. De plus, des dépliants sont à la disposition de la clientèle, des familles et des bénévoles. Ces dépliants sont aussi, remis lors de l'admission.

Le processus d'hygiène et de salubrité au service alimentaire est encadré par l'entreprise Sodexo dont les normes de qualité sont mises en application par le personnel et soutenu par l'établissement.

Un programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections est donné régulièrement au personnel. Des audits sur le lavage des mains ont permis de constater le niveau d'intégration des connaissances. L'équipe est encouragée à continuer de travailler sur des interventions créatives en ce qui a trait à la prévention et au contrôle des infections.

D'après des commentaires de quelques usagers, le personnel démontre un souci pour le lavage des mains.

Il faut souligner l'initiative du comité de prévention des infections pour la nouvelle application "Moodle intranet" afin de rendre plus conviviale la consultation des documents sur la prévention et le contrôle des infections.

Considérant le temps nécessaire pour la restructuration que le nouveau CISSS aura besoin, l'établissement est encouragé à poursuivre ses activités au sein du comité de prévention et de contrôle des infections.

3.2.2 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	
11.2 L'organisme élabore et met en oeuvre une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie.	!
11.4 L'organisme teste régulièrement le système informatique de la pharmacie pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	!
22.1 L'organisme informe le personnel et les prestataires de services de l'importance de déclarer les réactions indésirables aux médicaments à Santé Canada, et du rôle qu'ils jouent dans la déclaration de cette information, plus particulièrement en ce qui concerne les réactions imprévues ou graves à des médicaments récemment mis sur le marché. .	

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

L'établissement est félicité pour l'amélioration de la qualité, réalisée depuis la dernière visite, au niveau des pratiques sécuritaires en matière de médicaments. L'implantation du système pour l'ensachage des médicaments sous format unitaire est actualisée.

Le déploiement des chariots de médicaments, chariots de transferts, armoires de narcotiques avec serrure digitale à double sécurité, permettant la distribution des médicaments de façon sécuritaire est une belle réussite.

Les deux nouvelles salles de médicaments sont bien éclairées et l'ambiance facilite la concentration.

Les ordinateurs et les logiciels d'information sur les médicaments (Rx Vigilance) sont disponibles dans les salles de médicaments et facilement accessibles. Toutes les infirmières, les infirmières auxiliaires autorisées ainsi que les médecins ont reçu une formation sur ce logiciel.

Les pompes à perfusion sont normalisés (un modèle seulement) et une formation efficace et régulière est assurée.

Tous les médicaments sous format unitaire sont fournis par une organisation partenaire (Cité de la Santé) et selon le personnel interrogé le processus est systématique.

L'organisation est encouragée à poursuivre leurs efforts dans la diffusion de la liste des abréviations dangereuses (ISMP). L'équipe est encouragée à poursuivre leurs efforts de la signalisation des effets néfastes des médicaments à Santé Canada conformément à la politique de l'organisation.

Le travail qui a été actualisée par le comité "MUPIT" (Medication Use Process Improvement Team), plus précisément, la politique qu'ils ont développé intitulé "PORT DE LA BANDOULIÈRE DE NON- INTERRUPTION" est particulièrement digne de mention. Cette politique a été instaurée dans le but d'alerter toute personne de ne pas interrompre durant cette intervention à risque.

3.2.3 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
4.1 L'environnement physique est doté d'affiches claires qui orientent les clients vers le service d'imagerie diagnostique.	
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.	!
7.2 L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter et régler les problèmes.	!
14.5 L'équipe conserve en sécurité un exemplaire permanent de l'image diagnostique dans les archives.	
16.3 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4 L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
16.5 L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le service d'imagerie diagnostique de l'HJR offre de la radiologie générale à raison de quatre (4) demi-journées par semaine. Pour d'autres tests diagnostiques, les liens sont établis avec les partenaires du réseau public ainsi que les fournisseurs privés afin d'assurer la disponibilité, en tout temps, d'une gamme complète de services à la clientèle (par exemple, la fluoroscopie). En général, il n'y a aucun délai d'attente pour les services de radiologie à l'HJR.

L'équipe a fait preuve d'initiative au niveau de l'amélioration de la qualité, notamment il y a eu une réduction du délai de transmission des résultats, un programme de réduction des risques de chutes, ainsi qu'une révision des pratiques afin d'assurer une utilisation appropriée des services d'imagerie.

Il y a des preuves qu'il se fait de l'entretien préventif auprès de l'équipement, au service d'imagerie, cela se fait selon les recommandations du fabricant. Toutefois, l'organisation est encouragée à centraliser les registres et les rapports de services afin de documenter l'ensemble des travaux qui se font au niveau de l'entretien préventif.

L'équipe est encouragée à sécuriser les dossiers médicaux archivés dans les locaux de la radiologie afin d'assurer le respect de la confidentialité.

3.2.4 Ensemble de normes : Services de réadaptation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

3.3	L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
3.7	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.4	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	 SECONDAIRE
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

5.4	L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler et de réduire les risques chez ses membres lors de la prestation des services de réadaptation.	!
15.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
16.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
16.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
16.5	L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!

16.6	L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
16.7	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
16.8	L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
16.11	L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La dernière année a été très difficile pour l'organisation (recentralisation de la mission de réadaptation, fermeture de deux programmes cliniques, fermeture de 32 lits et des services connexes ainsi que 80 postes abolis ou modifiés). Malgré ces changements, la direction clinique reste un atout majeur pour l'organisation. Travaillant en tandem avec leurs équipes pour formuler des objectifs qui sont en ligne avec la mission de l'hôpital « demeurer un établissement innovateur, à la fine pointe de la technologie et qui se situe parmi les chefs de file dans le domaine de la réadaptation physique ».

L'organisation est féliciter pour son engagement envers les bénévoles ainsi que pour sa mission qui offre un environnement d'enseignement et d'apprentissage. L'organisation est fière du dévouement de plus de 85 bénévoles ainsi que de l'accueil de 243 stagiaires dans 17 disciplines de santé (représentent 29,845 heures de stage). Les stagiaires et les bénévoles font partie intégrante de l'équipe.

Processus prioritaire : Compétences

Les quatre équipes de réadaptation interrogées sont composées d'une variété de professionnels de santé expérimentés, qui travaillent tous vers un but commun, les soins axés sur le client. Les équipes de réadaptation sont encouragées à continuer à développer des compétences pour améliorer l'approche interdisciplinaire. Les équipes sont également encouragées à développer et suivre un processus formel au niveau de l'évaluation régulière de son fonctionnement et d'identifier les priorités d'action.

Les membres du personnel interrogés ont tous indiqué qu'ils se sentaient appréciés par les patients et leurs familles ainsi que par leurs gestionnaires. Les possibilités de participer à des sessions de formation continue sont nombreuses et accessibles. Il existe des preuves documentées (Méthode des soins informatisées: fiches d'évaluation par les pairs) de formation régulière sur les pompes à perfusion.

Les évaluations du rendement sont effectuées conformément à la politique de l'établissement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Au niveau des quatre programmes visités (neurologie, traumatologie / PEDIP / vestibulaire, ACV et Santé Physique) les clients et les familles sont informées du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leur service, et ce, dès le premier contact avec l'équipe. Les clients interrogés ont particulièrement apprécié les photos sur leurs babillards des différents membres de l'équipe professionnelle fournissant leurs soins.

Selon les gestionnaires cliniques interrogés, il y a peu à aucune période d'attente pour les clients en attente de réadaptation.

Les quatre équipes réalisent une évaluation de chaque client en temps opportun, en utilisant des outils et des processus standardisés.

L'équipe utilise l'échelle numérique standardisée et validée pour évaluer la douleur sur tous les clients. Cela est considéré comme étant le cinquième signe vital.

Toutes les équipes interrogées suivent un processus par lequel leurs clients (tous les clients (TCC) ou priorités selon des critères spécifiques (neurologie, orthopédie/pneumologie, AVC) sont contactés afin d'évaluer l'efficacité de la transition, à la fin du service. Les résultats obtenus servent à l'amélioration de la qualité.

À l'heure actuelle il n'y a pas l'automédication au sein de l'organisation. L'objectif en 2016 c'est d'avoir ce processus en place et que cela soit soutenu par une politique et de la formation.

L'équipe est encouragée à développer un système afin d'évaluer l'efficacité des stratégies interdisciplinaires au niveau de la prévention des plaies de pression et utiliser les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations

Processus prioritaire : Aide à la décision

Un des plus grands succès de l'organisation est leur programme de recherche. La culture de la recherche se maintient par l'intégration des activités de recherche, de l'enseignement ainsi que par la présence des courtiers de connaissances.

Les quatre équipes interrogées sont visiblement passionnées par leur travail et leurs clients. Les compétences analytiques et la pensée critique sont très développées parmi tous les professionnels. Les équipes travaillent avec les meilleures pratiques, cette culture est consolidée dans tous les domaines du programme de réadaptation. Il faut féliciter l'équipe AVC qui demande de participer au programme de distinction pour les AVC, cela est digne de mention.

Les clients interrogés ont particulièrement apprécié les bienfaits thérapeutiques du programme novateur interactif "Jintronix". Ce programme a récemment été présenté dans une session de « Brag and Steal » du Canadian Stroke Congress, en 2015.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'amélioration de la qualité est d'une importance primordiale pour les gestionnaires et les membres du personnel clinique interrogés, toutefois la formulation d'objectifs réalisables et mesurables pour le département est moins présente, donc l'équipe est encouragée à cibler des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et elle doit préciser le délai nécessaire pour les atteindre.

Les équipes sont encouragées à déterminer les activités à risques élevés et ensuite passer par une vérification de ses services et se servir de l'information qui en résulte pour élaborer et instaurer des mécanismes de vérification visant à réduire les risques de causer des préjudices aux clients

Les équipes sont encouragées à déterminer un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité ciblés.

3.2.5 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>L'équipe des soins ambulatoires a réalisé de nombreux ajustements à son offre de service, suite aux analyses des données qu'il recueille, indiquant l'évolution des besoins des clients. En ajustant ses services, l'équipe a intégré des principes LEAN afin d'assurer une organisation de service efficace et efficiente.</p> <p>En plus des services de réadaptation, l'équipe contribue au sein de sa communauté en participant aux activités de prévention des traumatismes, de sensibilisation à un handicap et autres activités.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>L'organisation démontre un souci au niveau du développement et du maintien des compétences des intervenants. En plus d'avoir implanté des stratégies de transfert de connaissances, en partenariat avec le centre de recherche, l'organisation offre des possibilités de formation de groupe et individuelle.</p> <p>L'équipe a développé un outil afin de permettre une distribution équitable de clientèle à chaque membre de l'équipe, et ce, en tenant compte de la complexité des cas.</p>	

Processus prioritaire : Épisode de soins

La consolidation des locaux du service des soins ambulatoires de pédiatrie permet un environnement mieux adapté aux besoins des clients.

Par voie d'un pamphlet d'information générale, les clients sont informés sur divers sujets incluant la prévention des infections, les droits des usagers, processus de plaintes et autres sujets. Ce pamphlet est remis à tous les clients inscrits à l'HJR.

Il existe un processus de bilan comparatif des médicaments. Lors de la première visite, l'équipe demande au client de fournir une liste de ses médicaments, produite par sa pharmacie. L'équipe est encouragée à formaliser cette procédure.

Les clients constatent qu'il y a une fluidité au niveau de la communication entre les intervenants, tout en respectant la confidentialité.

Les intervenants prennent les mesures nécessaires et des mesures innovatrices afin de transmettre les renseignements aux points de transition, incluant les résumés de dossiers, les rencontres avec les équipes qui assureront le suivi après la transition, des visites de suivi et autres mesures.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe se tiennent au courant des meilleures pratiques et des lignes directrices basées sur les données probantes. L'organisation a mis en place diverses stratégies, y compris le transfert des connaissances, l'accès à des formations de perfectionnement et stratégies. De plus, les membres de l'équipe ont plusieurs possibilités de partager leurs expertises et des informations utiles à leur quotidien.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe des services ambulatoires a réalisé des projets d'amélioration de la qualité. Les principes LEAN sont intégrés dans l'élaboration de certains projets.

Les clients constatent un souci organisationnel pour la sécurité. Entre autres, ils notent la fréquence du lavage des mains, une attention particulière aux détails reliés aux risques de chute, l'utilisation d'au moins deux identificateurs et autres activités.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

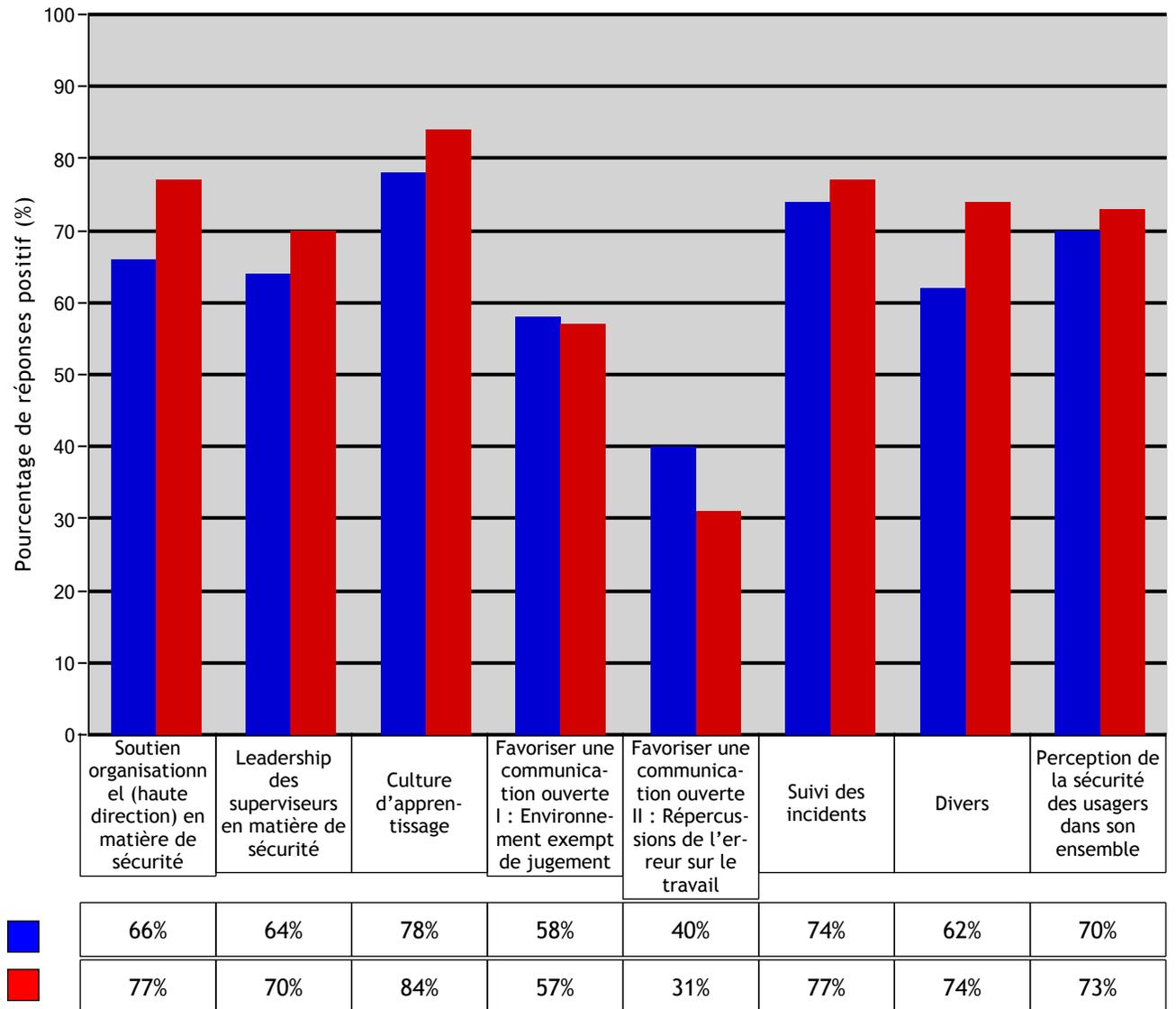
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

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

- Période de collecte de données : 20 août 2014 au 23 septembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 147
- Nombre de réponses : 193

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



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 juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

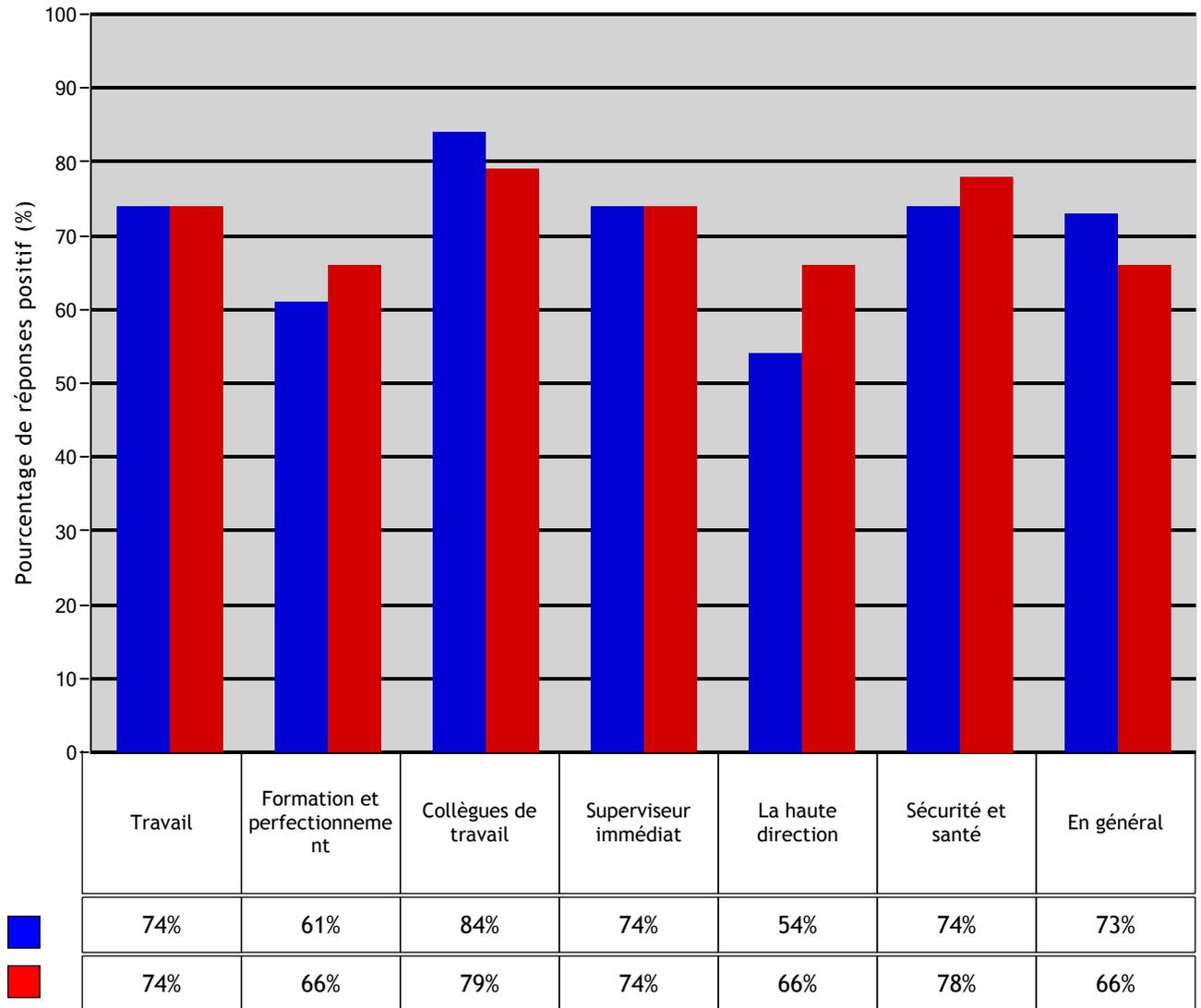
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- Période de collecte de données : 20 août 2014 au 23 septembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 191
- Nombre de réponses : 291

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction 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 juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Annexe A Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation 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 appropriées 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.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
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.

Processus prioritaire	Description
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 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.
Dons d'organes et de tissus	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.
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.

Processus prioritaire	Description
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.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
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 et de tissus	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.