AGRÉMENT CANADA

Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Hôpital général juif - Jewish General Hospital

Montréal, QC

Dates de la visite : 25 au 29 novembre 2012

Date de production du rapport : 17 décembre 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

Hôpital général juif - Jewish General Hospital (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 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.

© Agrément Canada 2012

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 Hôpital général juif - Jewish General Hospital d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

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	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	19
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	21
3.0 Résultats détaillés de la visite	22
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	23
3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services	23
3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance	24
3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources	26
3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain	27
3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	29
3.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	31
3.1.7 Processus prioritaire : Communication	33
3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique	34
3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	36
3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients	37
3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	38
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	39
3.2.1 Section de normes : Banques de sang et services transfusionnels	40
3.2.2 Section de normes : Laboratoires et banques de sang	42
3.2.3 Section de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	45
3.2.4 Section de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	47
3.2.5 Section de normes : Les services de soins primaires	50
3.2.6 Section de normes : Normes de gestion des médicaments	53
3.2.7 Section de normes : Prévention des infections	54
3.2.8 Section de normes : Services d'imagerie diagnostique	56
3.2.9 Section de normes : Services d'obstétrique	57
3.2.10 Section de normes : Services de laboratoires biomédicaux	60

3.2.11 Section de normes : Services de médecine 61
3.2.12 Section de normes : Services de santé mentale 63
3.2.13 Section de normes : Services de soins intensifs 66
3.2.14 Section de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie 69
3.2.15 Section de normes : Services des urgences 71
3.2.16 Section de normes : Services palliatifs et services de fin de vie 74
3.2.17 Section de normes : Soins ambulatoires 77
3.2.18 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales 80
4.0 Résultats qui découlent des outils d'évaluation 81
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance 81
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients 86
Annexe A Qmentum 88
Annexe B Processus prioritaires 89

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.

Hôpital général juif - Jewish General Hospital (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 Hôpital général juif - Jewish General Hospital 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

Hôpital général juif - Jewish General Hospital a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite : 25 au 29 novembre 2012**

- **Lieu**

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

  1 Hôpital Général Juif - Jewish General Hospital

- **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 Services de traitement du cancer et d'oncologie
  5 Normes relatives aux salles d'opération
  6 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
  7 Les services de soins primaires
  8 Services de chirurgie
  9 Services de soins intensifs
  10 Services des urgences
  11 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
  12 Prévention des infections
  13 Soins ambulatoires
  14 Services de laboratoires biomédicaux
  15 Services palliatifs et services de fin de vie
  16 Laboratoires et banques de sang
  17 Services de médecine
  18 Services de santé mentale
  19 Banques de sang et services transfusionnels
  20 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
  21 Services d'obstétrique
  22 Services d'imagerie diagnostique

- **Outils d'évaluation**

  L'organisme fait remplir les outils suivants :

  1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

  2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

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.)	75	0	0	75
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	126	3	1	130
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	639	24	36	699
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	173	8	1	182
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	244	6	8	258
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	87	0	2	89
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	944	43	17	1004
Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	82	2	2	86
Total	**2370**	**86**	**67**	**2523**

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	40 (95,2%)	2 (4,8%)	0	80 (92,0%)	7 (8,0%)	0	120 (93,0%)	9 (7,0%)	0
Normes sur la gouvernance	41 (95,3%)	2 (4,7%)	0	33 (97,1%)	1 (2,9%)	1	74 (96,1%)	3 (3,9%)	1
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	42 (100,0%)	0 (0,0%)	3	97 (99,0%)	1 (1,0%)	0	139 (99,3%)	1 (0,7%)	3
Services d'imagerie diagnostique	62 (93,9%)	4 (6,1%)	0	57 (93,4%)	4 (6,6%)	0	119 (93,7%)	8 (6,3%)	0
Services d'obstétrique	57 (100,0%)	0 (0,0%)	5	72 (98,6%)	1 (1,4%)	3	129 (99,2%)	1 (0,8%)	8
Prévention des infections	44 (93,6%)	3 (6,4%)	4	42 (97,7%)	1 (2,3%)	3	86 (95,6%)	4 (4,4%)	7
Banques de sang et services transfusionnels	29 (100,0%)	0 (0,0%)	13	15 (100,0%)	0 (0,0%)	2	44 (100,0%)	0 (0,0%)	15

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
Laboratoires et banques de sang	71 (87,7%)	10 (12,3%)	0	82 (86,3%)	13 (13,7%)	0	153 (86,9%)	23 (13,1%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	31 (88,6%)	4 (11,4%)	3	44 (95,7%)	2 (4,3%)	2	75 (92,6%)	6 (7,4%)	5
Les services de soins primaires	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0	65 (98,5%)	1 (1,5%)	0	97 (97,0%)	3 (3,0%)	0
Normes de gestion des médicaments	74 (98,7%)	1 (1,3%)	1	52 (100,0%)	0 (0,0%)	0	126 (99,2%)	1 (0,8%)	1
Normes relatives aux salles d'opération	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	97 (98,0%)	2 (2,0%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	0	99 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de chirurgie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	63 (96,9%)	2 (3,1%)	1	92 (97,9%)	2 (2,1%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0	34 (94,4%)	2 (5,6%)	0	47 (90,4%)	5 (9,6%)	0
Services de médecine	26 (100,0%)	0 (0,0%)	0	67 (97,1%)	2 (2,9%)	1	93 (97,9%)	2 (2,1%)	1
Services de santé mentale	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (97,2%)	2 (2,8%)	1	99 (98,0%)	2 (2,0%)	1
Services de soins intensifs	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (95,6%)	4 (4,4%)	4	115 (96,6%)	4 (3,4%)	4
Services de traitement du cancer et d'oncologie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	72 (97,3%)	2 (2,7%)	1	100 (98,0%)	2 (2,0%)	1
Services des urgences	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (100,0%)	0 (0,0%)	9	118 (100,0%)	0 (0,0%)	9
Services palliatifs et services de fin de vie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	103 (99,0%)	1 (1,0%)	7	131 (99,2%)	1 (0,8%)	7

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
Soins ambulatoires	35 (100,0%)	0 (0,0%)	2	73 (97,3%)	2 (2,7%)	1	108 (98,2%)	2 (1,8%)	3
Total	**880 (96,5%)**	32 (3,5%)	31	1381 (96,6%)	49 (3,4%)	36	2261 (96,5%)	81 (3,5%)	67

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
Divulgation 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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4	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 : Communication			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services d'obstétrique)	Non Conforme	1 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 chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur la direction)	Conforme	12 sur 12	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	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			
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	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 d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	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			
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	1 sur 1
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
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 d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services palliatifs et services de fin de vie)	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 (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services palliatifs et services de fin de vie)	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			
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

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	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 (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	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

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			
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	4 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur la direction)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
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 d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Taux global	Taux de conformité	
		Conformité aux tests principaux	Conformité aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	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.

L'Hôpital général juif se caractérise vraiment par la place centrale donnée au client dans ses activités quotidiennes. À tous les niveaux de l'établissement, on peut constater une multitude de petites actions permettant une meilleure expérience de soins pour tous les usagers, clients, familles, visiteurs. Cette préoccupation client se manifeste dans le déploiement de tous les projets de l'hôpital avec une attention constante pour la sécurité des clients et pour la qualité des services dans le développement de ces projets.

Les succès de l'établissement s'appuient sur un engagement hors du commun de la totalité des membres de l'organisation. Les membres du conseil d'administration manifestent un engagement constant envers leur établissement, son histoire et les valeurs de qualité et de sécurité de l'organisation, la totalité de la clientèle qu'il dessert sans distinction, qu'elle soit de la communauté juive ou autre.

La passion des membres du conseil est observée également chez les bénévoles – plus de mille personnes – qui offrent leurs services à l'organisation, parfois quelques heures seulement ou une base quotidienne pour plus de 100 000 heures annuellement.

On retrouve la même passion pour leur hôpital chez la très grande majorité du personnel, chez les médecins, avec un engagement individuel dans les grands projets, mais aussi dans une multitude d'initiatives individuelles.

L'établissement révèle un désir constant d'être parmi les meilleurs établissements de santé, d'abord et avant tout dans le but d'offrir à sa clientèle des services de la plus haute qualité. L'établissement ne cesse de se comparer à des organisations semblables pour garder un oeil sur les meilleures pratiques qui pourrait aider à être plus efficace. L'établissement sait qu'il ne pourrait se maintenir parmi les meilleurs sans la collaboration des autres établissements et son plan stratégique compte sur des partenariats forts pour assurer la continuité des services et aussi pour garder son efficacité de centre de soins de référence.

Plusieurs partenariats ont été développés dans les dernières années, notamment pour déconcentrer des services plus légers de chirurgie de jour ou pour assurer les soins requis par des clientèles chroniques, notamment les clients souffrant de MPOC. L'établissement de partenariats pour réorienter des clientèles nécessitant des services moins complexes est au cœur de la stratégie de développement de cet hôpital universitaire. Les limitations strictes de développement des budgets publics destinés à la santé forcent l'établissement à trouver des collaborations externes solides pour lui permettre de continuer à offrir les services ultraspécialisés qui sont au cœur de sa mission.

L'établissement réussit bien à gérer correctement à la fois les services de santé courants à sa clientèle de territoire local et à faire face aux défis de maintenir des services ultraspécialisés de haut niveau. Tous les administrateurs sont bien conscients que le très grand défi consistera toujours à réussir à maintenir cet équilibre entre les services requis par une population locale vieillissante et les services de référence. Les grandes stratégies de l'établissement sont toutes destinées au maintien de ce difficile équilibre. À cet effet, les interventions du directeur général sont remarquables pour rappeler sans cesse ces grands principes à tous les membres de son organisation et aussi pour encourager les initiatives et les projets novateurs qui soutiendront l'établissement.

L'établissement pourra compter dans quelques années sur de nouveaux espaces pour mieux loger les services actuels et améliorer son parc de lits, particulièrement pour les soins critiques. L'établissement se sert de cette opportunité pour revoir l'organisation de ses services avec une direction de la transformation clinique qui vise à

s'assurer ce que le transfert est davantage qu'un déménagement physique dans de nouveaux locaux plus appropriés. Des efforts importants sont consacrés à revoir systématiquement les pratiques pour trouver les façons les plus efficaces de fournir les soins et les services.

Il a été noté au sein du programme intégré de la gestion de la qualité et dans chaque équipe, une constance de la qualité et dans les approches interdisciplinaires. La participation de tous les professionnels est fortement encouragée dans tous les projets et les compétences sont utilisées au mieux. La contribution des médecins doit être soulignée : leur présence en grand nombre est évidente, ce n'est pas seulement certains individus, mais toute la collectivité, leur implication est intense et leur collaboration est acquise dans chaque activité.

L'établissement a développé des programmes corporatifs de haute qualité, que ce soit pour la gestion des risques, le cadre éthique, l'amélioration de la qualité et les programmes institutionnels, dont en technologie de l'information et en communication, sont implantés dans tous les secteurs sans exception.

La recherche, les résultats de la recherche et l'information sur les nouvelles lignes directrices constituent des forces dans l'établissement. Le soutien à la formation continue et au développement des compétences est solide, bien que l'introduction de programmes plus systématiques soit recommandée.

Il faut mentionner le virage qui a été demandé aux services des ressources humaines pour mieux appuyer le développement des compétences et pour mieux outiller les gestionnaires à assurer un milieu de travail de qualité. Des ressources additionnelles ont été allouées à ce secteur de l'établissement en vue de développer le soutien nécessaire aux gestionnaires.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Section de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Bilan comparatif des médicaments à l'admission L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de la cliente à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation de celle-ci, de la famille ou du soignant.	· Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.14 · Services d'obstétrique 9.5
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé Léquipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque derreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	· Services d'obstétrique 12.3 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 16.3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Prévention de la violence en milieu de travail L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.	· Normes sur la direction 2.10

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des clients porte sur des critères provenant de plusieurs sections de normes qui touchent chacune à divers aspects du cheminement des clients, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète du cheminement des patients dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

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

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

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

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

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

!	Critère à priorité élevée
POR	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Principal test de conformité à la POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité à la POR

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

La direction et les intervenants connaissent bien les clientèles de l'établissement, leurs besoins et leur provenance. Des rapports détaillant ces informations sont disponibles dans toutes les directions.

La mission de l'établissement est bien connue de tous les intervenants de l'établissement et de leurs partenaires, de même que les valeurs qui sont préconisées.

L'établissement a complété la réalisation de son plan stratégique quinquennal et le plan 2012-2017 est complété et en voie d'être adopté par le conseil d'administration. Le plan a été élaboré avec la participation des intervenants principaux de l'interne et aussi avec l'apport des partenaires externes. Le plan à l'étude comporte des buts et des objectifs précis, mesurables qui permettront d'y adapter les plans opérationnels conséquents. La direction est bien consciente que le contexte socioéconomique peut exiger des ajustements importants aux objectifs et le plan est élaboré de sorte de pouvoir y laisser la souplesse voulue pour l'ajuster au besoin.

Le conseil d'administration reçoit périodiquement des rapports de progrès bien documentés sur l'avancement des plans opérationnels de chaque direction.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Section de normes : Normes sur la gouvernance		
2.2	Le conseil d'administration élit ou nomme son président grâce à un processus écrit.	
13.6	Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7	Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Le conseil d'administration de l'établissement est formé de membres fortement attachés à l'histoire de l'Hôpital général juif et vivement engagés à poursuivre les objectifs de qualité des services. Le conseil d'administration a accueilli de nouveaux membres dans la dernière année pour permettre une meilleure représentation de la communauté qu'il dessert et pour apporter au conseil des compétences additionnelles, notamment en matière d'éthique. Les nouveaux membres du conseil ont eu l'opportunité de se familiariser avec les pratiques et les règles du conseil d'administration et la documentation fournie aux nouveaux membres est complète.

Le conseil d'administration tient annuellement une activité de formation qui comprend obligatoirement une dimension spécifique se rapportant à la qualité des services. L'activité de formation de deux jours permet également aux membres du conseil de revoir le fonctionnement général du conseil en vue d'améliorer son efficacité.

Le conseil d'administration porte une attention particulière au respect des droits des clients et ceci se démontre notamment avec l'adoption d'un cadre conceptuel d'éthique pour l'établissement, par l'adoption d'un code d'éthique pour le personnel et pour le conseil et par l'adoption d'une charte des droits des clients qui a fait l'objet de discussions et de réflexion dans tout l'établissement.

Le conseil d'administration reçoit des rapports sur la qualité des services à chaque réunion et chaque réunion commence avec une présentation d'un cas d'événement sentinelle avec l'analyse des causes, les correctifs systémiques mis en place pour éviter la récurrence et sur le suivi qui doit être exercé. Il y a également lieu de noter que les règlements du conseil prévoient expressément un comité dont le mandat exclusif consiste à s'assurer que chaque rapport d'événement ou chaque rapport d'étude qui identifie des risques pour la clientèle est pris en charge par une direction ou par un service pour contrôler adéquatement ce risque.

Les outils mis en place par le conseil et par la direction pour s'assurer du maintien de la qualité des services sont remarquables et il faut souligner la surveillance de cette valeur et des principes éthiques par des personnes spécialement désignées à cet effet, même au sein du comité des finances et de vérification.

Il existe manifestement une communion d'esprit entre le conseil et le directeur général. Ce dernier est évalué annuellement selon un mode prédéterminé et sur la base des objectifs convenus annuellement.

Le conseil d'administration a introduit un outil d'évaluation annuelle de son fonctionnement et de ses membres avec des objectifs d'amélioration. Le conseil pourra songer à y ajouter des critères pour l'exercice de la présidence et il est suggéré de faire une revue des objectifs d'amélioration à la clôture de chaque réunion.

Le conseil d'administration suscite périodiquement des présentations des intervenants de l'organisation sur leurs activités et sur leurs projets pour être mieux en mesure de les appuyer. Des tournées d'information sont également faites par les membres du conseil pour mieux comprendre le fonctionnement de leur établissement.

3.1.3 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)

Un cycle annuel de planification budgétaire est bien en place et exige une forte implication des directions de service et des médecins qui sont responsables ensemble de proposer un budget qui respecte les grands énoncés des plans opérationnels et des orientations du plan stratégique.

Il est remarquable que toutes les décisions budgétaires doivent permettre de maintenir la qualité des services et l'accessibilité aux services; lorsque des impératifs d'économie sont imposés, les solutions peuvent s'orienter vers le délestage de services de moindre complexité vers des établissements communautaires, mais l'abandon des services ne se fait jamais avant d'établir les corridors de service formels et ne doit jamais laisser des clientèles orphelines de service.

Il faut souligner la participation de représentants du public au processus de budgétisation et de suivi financier, nommés par le conseil d'administration avec la responsabilité de questionner les choix d'investissement dans le seul but de protéger la qualité et l'accessibilité des services.

L'établissement utilise des méthodes de comparaison de performance avec d'autres établissements similaires en vue de s'assurer de l'efficience des services. Les gestionnaires et les cliniciens utilisent couramment les méthodes de revue d'utilisation des ressources en vue de s'assurer des pratiques les plus efficaces et en vue de minimiser les variations de pratique afin d'utiliser le plus judicieusement les ressources autant humaines que matérielles. Le nombre d'études de revue d'utilisation des ressources est impressionnant et il est possible grâce à l'engagement des cliniciens non seulement envers leur client individuellement, mais aussi envers l'établissement et envers l'ensemble de la clientèle qui peut bénéficier des services.

La gestion des ressources matérielles est rigoureuse et chaque introduction d'une nouvelle pratique ou de remplacement de pratique qui peut être coûteux fait l'objet d'un plan d'affaires largement discuté dans le programme clinique, avec les partenaires et avec la direction. L'acceptation d'une nouvelle pratique suit des étapes précises et elle n'est possible que si elle peut être financée sans affecter la qualité de l'ensemble des services et l'accessibilité.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Section de normes : Normes sur la direction		
2.3	Les dirigeants de l'organisme participent aux initiatives d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la santé et la sécurité en milieu de travail.	
2.5	Les dirigeants de l'organisme appuient les cadres à l'échelle de l'organisme afin qu'ils améliorent leurs aptitudes à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire.	
2.9	Les dirigeants de l'organisme surveillent l'état de fatigue et de stress du personnel et des prestataires de services et s'emploient à atténuer les risques de sécurité qui s'y rattachent.	
2.10	L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.10.4 L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	POR **PRINCIPAL**
2.12	Les dirigeants de l'organisme cernent les mesures de processus et de résultats liées à la qualité de vie au travail et au milieu de travail et ils en assurent le suivi.	
10.4	Les dirigeants de l'organisme établissent un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de direction et des compétences au sein de l'organisme.	
10.6	Les dirigeants de l'organisme veillent à l'élaboration et à la mise à jour régulière du profil de chaque poste.	
10.10	Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
10.13	Les dirigeants de l'organisme élaborent un processus de tenue de dossiers de ressources humaines pour les membres du personnel, les prestataires de services et les bénévoles.	

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

La direction de l'établissement a décidé de réinvestir dans les services des ressources humaines de manière à ce que cette direction puisse mieux assumer son rôle-conseil auprès des gestionnaires et qu'elle puisse assurer un suivi systématique et dans toute l'organisation pour les projets qui sont commencés. Il est largement souhaité que les services des ressources humaines continuent d'évoluer vers un soutien plus stratégique que technique.

La direction a élaboré son plan stratégique de développement autour de quatre axes bien définis et chaque service des ressources humaines a défini ses buts et objectifs pour répondre aux objectifs de la direction.

Pour réaliser ce virage, la direction a choisi de s'inscrire dans « Entreprise en santé » et « Hôpital promoteur de la santé ». À ce stade, l'établissement a réalisé les sondages auprès des employés qui lui ont permis de dresser un bon portrait de la satisfaction du personnel et de leurs attentes principales. Des plans d'action doivent être élaborés dans quatre dimensions de travail et l'une de ces dimensions a été complétée avec son plan de travail qui est en voie de réalisation. La direction se donne un horizon de trois ans pour réaliser ses plans d'action.

Des améliorations sont déjà visibles au titre de la santé et de la sécurité au travail et un comité de santé et sécurité au travail a été redémarré dans une nouvelle forme qui s'appuie sur des actions diagnostiques et préventives dans chaque unité avec la participation du personnel. La politique de prévention de la violence au travail, en place depuis 1997, a été révisée et un programme amélioré a été adopté il y a quelques semaines; les activités de promotion et de formation se tiendront au cours des prochaines semaines.

Bien que le personnel ait accès facilement à des activités de formation, il est suggéré une approche structurée dans toute l'organisation et dans tous les services. Malgré un effort de relance des activités d'évaluation du personnel à la suite des recommandations antérieures, et malgré la révision de la politique et des sessions de formation en 2010, l'évaluation du personnel demeure une activité inégale dans l'établissement et laissée à l'importance relative que peut y donner un gestionnaire ou une direction.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

L'organisation mérite des félicitations pour la mise en place du modèle du programme de la qualité intégrant qualité, accès et budget. Ce modèle ayant pour but d'effectuer le suivi de la qualité, de la sécurité et de la satisfaction des soins dispensée à la clientèle est basé sur des données probantes. L'amélioration continue est une priorité de l'organisation. Une approche d'ouverture, de transparence est acceptée par l'ensemble des membres du conseil d'administration, des directions et du personnel sur le terrain. Les valeurs de cette approche reposent, en autres, sur le respect, le travail interdisciplinaire, la compétence, la compassion et la qualité des soins.

Un programme de gestion intégrée de la qualité a été déposé en novembre 2012, incluant le soutien de la gouvernance en ce qui a trait à la qualité et la sécurité des soins et des services offerts à l'Hôpital général juif. La responsabilité de ce programme repose sous l'égide de deux directeurs cliniques (directeur des services professionnels et directrice des soins infirmiers associée en chirurgie), et ce, en cogestion.

Plusieurs activités sont en place et témoignent de l'adage les « bottines suivent les babines », la mise en place des indicateurs de qualité sur le site web ouvert au public, une section affichant les résultats des incidents/accidents, une section réservée pour la satisfaction de la clientèle, plusieurs projets d'amélioration, et ce, en collaboration avec les professionnels de l'établissement. Plusieurs façons de communiquer ou de diffuser les résultats de la recherche, des évaluations des erreurs de médicaments, de protocole, d'ordonnance clinique sont utilisées, par exemple dans les colloques, les conférences, lors de la formation à l'interne ou à l'externe, lors des rencontres d'équipe interdisciplinaire et sur le Web. Les événements sentinelles, les incidents/accidents sont utilisés lors des rencontres interdisciplinaires pour discussion, une prise de conscience des effets que peuvent amener ces risques et pour éviter que ces mêmes risques se reproduisent.

Un projet « Prenez la parole », en anglais et en français, concernant la participation du client dans la prise en charge de sa propre santé (autogestion), été élaboré par un bénévole du comité de la qualité, et l'Hôpital général juif veut l'expérimenter comme projet pilote dans deux unités de soins, faire une analyse et émettre les conclusions avant de procéder à son implantation à l'échelle de l'organisation. Cette approche est utilisée aux États-Unis et l'Hôpital général juif serait le premier établissement où elle est utilisée au Québec.

Un autre projet d'élaboration a été réalisé par un membre du conseil d'administration, il s'agit d'un cadre conceptuel soutenant une pratique éthique de l'organisation, basée sur des données probantes.

Un programme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus fournit de précieuses informations aux gestionnaires et aux professionnels engagés dans le processus d'amélioration continue de la qualité. Un processus fait de façon systématique. Deux méthodes sont utilisées : soit chaque jour au moment du congé, dix clients sont choisis au hasard pour répondre à l'évaluation ou une évaluation est faite aux trois ans dans chaque unité de l'établissement. L'analyse des résultats est diffusée à l'échelle de l'organisation et sur le site Web. Il s'agit d'un indicateur largement reconnu de la qualité des soins et des services, une démarche qui permet d'ajuster, au besoin, les pratiques organisationnelles et professionnelles en fonction des attentes de la clientèle.

Dernièrement, le Programme nord-américain d'amélioration continue de la qualité (NSQP - National Surgical Quality Program) en chirurgie et au bloc opératoire a été mis en place pour mesurer la qualité de soins chirurgicaux et se comparer aux autres établissements similaires utilisant ce programme. De plus, l'Hôpital général juif est le premier à l'utiliser au Québec et le 3e au Canada.

L'organisation a su mettre en place des conditions gagnantes susceptibles de responsabiliser l'ensemble des employés et les membres du conseil d'administration face à la recherche de l'excellence et de l'amélioration continue de la qualité.

Nous ressentons la mobilisation et l'engagement des ressources humaines à vouloir se démarquer et être les meilleurs.

À l'Hôpital général juif, 1000 bénévoles offrent annuellement leurs services pour accompagner ou soutenir la clientèle du centre dans la majorité des services de l'organisation. Une organisation de bénévoles est très bien structurée, bien intégrée dans l'établissement et appréciée du personnel soignant et de la clientèle.

Lors des rencontres dans les différents secteurs d'activités avec le personnel, on remarque que la culture de la qualité et la sécurité est bien enracinée et les mécanismes sont en place, par exemple, la mise en disponibilité des indicateurs de qualité et les résultats des indicateurs de risque sur leur site web. Plusieurs comités interdisciplinaires de qualité sont en place. Les membres du conseil d'administration ont intégré l'importance de la qualité et la sécurité des soins et services offerts dans l'organisation. L'intérêt, l'engagement, la motivation et la mobilisation de tous vers le même but soient la qualité et la sécurité des soins et services, et ce, de façon transparente sont tangibles.

Un plan d'amélioration et les équipes de qualité sont en place. Il existe un registre pour suivre l'évolution des activités avec les diverses équipes. Les responsables de la qualité et Agrément Canada soulignent l'importance de poursuivre la démarche de rencontres mensuelles avec les membres de l'équipe d'amélioration continue.

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

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

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

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

Le comité d'éthique clinique est composé de plusieurs personnes de tous les secteurs de l'organisation, et de plusieurs représentants de la communauté. La stabilité des membres participants doit être soulignée, de même que leur très grand intérêt dans le mandat qui est confié au comité.

Le comité d'éthique clinique est animé par une clinicienne éthicienne employée de l'hôpital à temps complet. Toutes les consultations éthiques qui sont acheminées sont traitées par l'éthicienne; il y a un peu moins d'une demande formelle de consultation par semaine et elles proviennent de tous les programmes cliniques, mais surtout des secteurs plus sensibles habituels – oncologie, soins palliatifs, soins intensifs. Il est intéressant de noter la participation active de médecins de ces programmes aux activités du comité. Les autres membres du comité sont appelés à contribuer à une réflexion plus poussée et à promouvoir les activités du comité dans l'organisation. Il faut souligner que la direction vient également d'allouer un budget spécifique récurrent au comité pour l'aider à soutenir ses activités sur une base plus solide.

Le plan de travail de la spécialiste nouvellement arrivée a prévu et a déjà amorcé des rencontres avec les intervenants de chaque programme clinique pour identifier les besoins en matière d'éthique dans l'organisation. Depuis son arrivée toute récente, le nombre de demandes de consultations a déjà augmenté sensiblement.

Il est intéressant de souligner l'approche d'éthique préventive développée par le comité pour développer des guides et de la formation dans les domaines où des consultations sont demandées plus fréquemment. Cette approche est partie intégrante des activités d'amélioration de la qualité au même titre que les événements sentinelle à caractère répétitif sont examinés pour réduire les risques.

L'implication des bénévoles au comité est remarquable. Ces personnes amorcent et conduisent un certain nombre de projets qu'elles réalisent avec l'accord de la direction. Nous avons été en mesure de constater le déploiement d'un « Bill of rights » pour les clients en complément au code d'éthique de l'établissement. Ce projet a mijoté durant presque deux ans sous l'égide d'un membre bénévole du conseil d'administration et il a été revu et ajusté par toutes les instances de l'organisation. Le projet a fait l'objet d'une présentation au comité provincial des usagers. Cette politique organisationnelle fait l'objet d'un engagement par nouvel employé de l'hôpital.

En parallèle, un autre membre bénévole du comité et juriste de formation a reformulé le code d'éthique de l'établissement qui datait de plusieurs années et le projet est actuellement en voie d'adoption. Il y a également lieu de mentionner que cette personne bénévole a été invitée à siéger comme membre au conseil d'administration en vue d'apporter au conseil son expérience en matière d'éthique.

Finalement, le comité a produit un projet de jumelage du code d'éthique renouvelé avec le cadre éthique de l'établissement pour ne faire qu'une seule politique : un programme intégré d'éthique pour l'établissement.

Le comité d'éthique à la recherche est également très actif avec une quarantaine de membres participants.

Le nombre de projets de recherche conduits dans l'établissement est considérable, mais chacun est soumis aux règles rigoureuses de validation avant son acceptation. Chaque projet doit être revalidé annuellement et cet exercice est l'occasion d'une revue des conditions de réalisation. Au surplus, l'établissement a mis sur pied un processus d'évaluation active où une personne est spécifiquement dédiée à réviser à temps complet les projets en cours. À ce jour, environ 10 % des projets étaient évalués selon cette modalité annuellement et l'établissement vient de fixer dorénavant le taux annuel de revue à 15 %.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'établissement a organisé ses services de communication sur deux pôles, la direction des services d'information et d'informatique et la direction des affaires publiques et des communications. Une approche intégrée a été mise en place pour développer ses stratégies et ses outils de communication autant avec les publics d'intervenants, avec les publics de clients et de consommateurs ou avec les publics des médias et des communicateurs. Les projets sont développés pour rendre accessible l'information clinique des clients à la fois aux intervenants de l'hôpital et aux partenaires. Les projets couvrent également des volets de l'information de santé à caractère thérapeutique ou préventif destinés aux clients ou au grand public en général.

Parmi les projets plus significatifs de système d'information à caractère clinique qu'il faut souligner, notons le projet de dossier informatisé qui permet de fournir en un seul point aux intervenants l'ensemble de l'information clinique disponible pour un client donné ou le projet de consultation de contrôle à domicile du client directement par le Web ou le projet de système d'information du réseau de cancer du regroupement McGill.

L'établissement donne une place importante à la diffusion de l'information par le Web avec des modules destinés à la communauté autant qu'à des publics spécifiques. L'établissement a également choisi de démontrer la transparence vis-à-vis des clients en introduisant un volet d'information sur l'amélioration de la qualité et la gestion des risques en publiant certains de ses indicateurs de performance pour le grand public. Ce volet comprend des sujets comme la satisfaction des clients, la sécurité des clients, les mesures de correction qui sont apportées avec l'analyse des erreurs, ou des campagnes de prévention pour les clients. La réponse a été significative et les relevés de l'établissement montrent environ 5 000 consultations de ce volet par des personnes différentes dans la dernière année.

Tous les projets en cours révèlent la vision de l'organisme et ses valeurs profondes pour améliorer la qualité de ses services avec une meilleure efficacité de ses intervenants et une grande transparence avec la communauté.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Section de normes : Normes sur la direction	
9.1 Les dirigeants de l'organisme s'assurent que l'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!

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

Un rapport en 2009, a été émis par le Service de santé et sécurité au travail, mentionnant l'importance des éléments de non-conformité (ventilation, espace exigu) avec la sécurité des lieux d'entreposage des cylindres de gaz, notamment le site Institut Lady Davis. Cette non-conformité est déjà connue par les personnes responsables de cette aire de travail. L'entrée de la marchandise est encombrée par des gros cylindres d'azote. Cependant, pour les secteurs de la ventilation, la mécanique, le chauffage et l'électricité, on respecte les lois, les règlements et les codes.

Des évaluations régulières de l'environnement sont effectuées par l'ensemble des membres de l'équipe selon leurs compétences (une équipe multidisciplinaire qualifiée et dédiée; du personnel préoccupé par la qualité et la sécurité de l'environnement physique).

Il existe des processus pour détecter, gérer et réduire les dangers et risques dans l'environnement. L'équipe utilise les indicateurs de risque lors des rencontres hebdomadaires pour s'améliorer et établit des plans d'action pour prévenir les incidents/accidents.

L'information qui porte sur l'environnement physique est partagée par la direction et prise en compte dans la planification stratégique. Les membres de l'équipe utilisent les données probantes et l'étalonnage « benchmark » pour s'assurer des meilleures pratiques lors de construction nouvelle, pour une offre de service ou lors de dépôt de projet ou lors d'un choix d'équipement.

On utilise le système 'Octopus' afin de répondre adéquatement aux requêtes de services et respecter les délais selon la gravité (urgent, non-urgent) de la demande. De plus, on utilise le système Plann Soft pour la gestion de l'entretien préventif et la surveillance des systèmes CVAC (climatisation, ventilation, chauffage,..). Le remplacement de l'équipement vétuste à la buanderie a été fait il y a deux ans.

Les équipements de laveur de chariots et de laveur de vaisselle ont été remplacés pour améliorer le service alimentaire. Des travaux écoresponsables sont en cours concernant la grande utilisation du matériel jetable au service alimentaire. Cependant, il demeure que des travaux, comme remplacer le revêtement du plancher, sont à prévoir.

Lors de la visite des installations, nous observons des secteurs à accès restreint et à risques élevés. Un local près de la réception des marchandises sert d'entrepôt de déchets du service de la pathologie. Ces déchets dégagent des odeurs nauséabondes; l'endroit est malpropre. De plus, on retrouve au même endroit une aire de pause des employés. On encourage l'établissement à porter une attention particulière à ce secteur.

En 2008, avec l'arrivée du directeur général, une des priorités a été la propreté de l'établissement. À ce moment, le taux de satisfaction était de 70 % et maintenant il est maintenant à 85 %. L'assurance qualité est mesurée par une firme externe chaque mois.

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

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

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

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

L'équipe évalue les risques spécifiques à l'organisme et coordonne les situations d'urgence avec ses partenaires locaux. La situation politique, les grands évènements spéciaux tels grands concerts, les risques relatifs aux gangs de rue, les risques reliés à l'Institut de recherche Lady Davis sont des exemples récents.

Le comité des mesures d'urgence est très actif et l'embauche d'un nouveau coordonnateur permet une meilleure coordination des différents codes d'urgence.

Huit personnes ont récemment été formées en vue de code brun (déversement de produits chimiques — interne). Le bon travail doit continuer en vue former plus de gens, rendre plus disponible la grande trousse de déversement, etc.

Il existe des systèmes d'appoint pour les services publics et essentiels qui font appel à des technologies telles « IP phones » et cellulaires d'urgence de Bell.

Les guides pour les employés sont disponibles et clairs; le guide pour le code rouge (incendie) est bien imagé et l'outil de rappel des codes sous format « calendrier » affiché dans tous les secteurs est un exemple de communication efficace et originale. Le vidéo sur le site web est aussi un bel exemple d'effort afin de diffuser l'information.

L'instauration du code lavande (surcharge à l'urgence) est un exemple de mise à jour des processus afin de répondre aux besoins.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Le cheminement des patients et l'accessibilité aux soins sont une priorité pour l'hôpital et cela est évident partout dans l'établissement.

L'organisme a développé plusieurs systèmes et rapports facilitant le cheminement du patient et la gestion de la performance, comme le sommaire des lits disponibles, le Marker et FLB report, qui sont disponible en temps réel.

L'équipe de transformation qui revoit les processus fait un travail coordonné très intéressant incluant des initiatives ayant un impact important sur l'accessibilité aux soins, telles le CCC (coordonated care clinic) ou la CRIU (Clinique réseau intégrée universitaire - GMF).

Divers outils ont été développés afin de standardiser les processus tels : admission checkllists, les caucus (huddle) et la politique sur les délais de consultation.

Des liens sont faits quotidiennement avec les partenaires afin de gérer le cheminement des clients en amont et en aval. Cependant, les clients ayant un problème de santé mentale constituent encore un défi, certains ayant une durée de séjour élevée.

Un nouveau système de gestion des priorités chirurgicales et les horaires décalés de différentes salles et autres initiatives Lean au bloc opératoire semblent avoir eu un effet positif pour répondre en temps opportun aux chirurgies urgentes.

Plusieurs indicateurs démontrent les améliorations effectuées à divers niveaux et des initiatives sont en place avec des partenaires afin d'augmenter l'accessibilité aux soins.

L'implication médicale dans la gestion du cheminement des clients est importante et digne de mention.

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Section de normes : Services d'imagerie diagnostique		
8.6	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!

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

Les dirigeants de l'Hôpital général juif disposent d'un processus structuré et transparent pour sélectionner et acheter les équipements, les instruments et les appareils médicaux et pour choisir des fournisseurs compétents.

Un programme d'entretien préventif est en place, mais le calendrier d'entretien préventif établi pour plusieurs équipements médicaux accuse des retards.

Le service de stérilisation centrale a connu un essor remarquable depuis trois ans : on y a regroupé environ 75 % des activités de stérilisation qui se faisaient sur divers sites où il y avait des activités cliniques; le nombre d'employés est passé d'une douzaine à une soixantaine et on a agrandi les locaux tout en y installant un système de ventilation qui respecte les normes de qualité de l'air, de température et d'humidité. La traçabilité des instruments retraités en ophtalmologie et des implants à l'exception des plaques et vis en orthopédie est maintenant chose faite. Les plateaux font aussi partie des éléments qui font partie de la traçabilité. De plus, la presque totalité des autres instruments est maintenant marquée, ce qui devrait permettre de retracer individuellement tous les instruments retraités à court terme.

L'esprit de collaboration qui existe entre les équipes du bloc opératoire et celles du service de stérilisation centrale mérite d'être souligné.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Analyses de biologie délocalisées

- Services d'analyse effectués à l'extérieur du laboratoire, près de l'endroit où les soins sont dispensés au client, de manière à ce que les praticiens soient mis au courant de la présence de problèmes de santé, ainsi que les procédures et processus utilisés par ces services.

Épisode de soins primaires

- Comprend tous les éléments de l'épisode de soins primaires de l'accès aux services de soins primaires à la façon dont l'évaluation est effectuée à l'intégration et à la coordination des services.

Direction clinique - Services de soins primaires

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

Compétences - Services de soins primaires

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

Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats en vue d'évaluer et d'améliorer la qualité des services et les répercussions sur les clients.

Aide à la décision - Services de soins primaires

- Information, résultats de la recherche et preuves, ainsi que données et technologies qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions cliniques.

Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestateur de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Direction clinique

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

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

- Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

Don d'organes (donneur décédé)

- Services de dons offerts à partir de l'identification d'un donneur potentiel jusqu'à la gestion du don et le prélèvement de l'organe.

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

- Prestation de soins chirurgicaux sécuritaires, de la préparation du client jusqu'à la salle de réveil et au congé, en passant par l'intervention même en salle d'opération.

Services de diagnostic – Imagerie

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

Services de diagnostic – Laboratoire

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

Banques de sang et services transfusionnels

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

3.2.1 Section de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels
Le processus transfusionnel est sécuritaire et bien dirigé. Les membres du personnel du laboratoire apprécient le rôle-conseil des chargés de sécurité de la médecine transfusionnelle. Les processus pour disposer du sang et des produits sanguins labiles sont sécuritaires. La préparation des produits est faite selon des procédures écrites et celles-ci sont respectées par le personnel. Les conditions d'entreposage répondent aux exigences. La directive de demandes de produits sanguins sur formulaire est bien suivie. Le cheminement d'une unité de sang se fait selon les normes. La vérification des exigences des produits à la banque de sang par le transporteur et le technologiste est bien suivie. Les procédures transfusionnelles à l'unité sont respectées.

3.2.2 Section de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire		
7.4	Le laboratoire dispose d'un programme structuré pour évaluer les compétences. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.5	Le programme permet d'évaluer régulièrement les connaissances théoriques et pratiques grâce à diverses méthodes. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.6	Le laboratoire consigne les résultats d'évaluation et de réévaluation de tout le personnel. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.8	Le laboratoire évalue annuellement l'efficacité de ses activités de formation, de perfectionnement et d'évaluation des compétences, et il consigne les résultats de cette évaluation. Référence CSA : Z902-10, 4.3.2.3 et 4.3.3.1.	
7.9	Le laboratoire tient des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences de chaque membre du personnel. Référence ISO : 15189-07, 5.1.2. Référence CSA : Z902-10, 4.3.4.	
8.6	Le laboratoire donne suite à tout rapport ou à toute recommandation provenant d'un établissement agréé.	!
10.1	Le laboratoire dispose de procédures relatives à la mise en place et au maintien des PON. Référence CSA : Z902-10, 4.2.2.1.	
10.5	Le laboratoire révise ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	
13.1	Le laboratoire dispose de suffisamment d'espace et de ressources pour réaliser ses activités. Référence ISO : 15189-07, 5.2.1 et 5.2.9. Référence CSA : Z902-10, 4.5.1.4, 22.1.1 et 22.1.7.	
13.3	Les aires de prélèvement du laboratoire assurent le confort et l'intimité des clients et sont adaptées aux personnes handicapées. Référence ISO : 15189-07, 5.2.3. Référence CSA : Z902-10, 22.4.2.	!

13.6	Le laboratoire place son équipement dans des endroits adéquats pour optimiser l'efficience et minimiser les accidents et les erreurs. Référence ISO : 15189-07, 5.2.1.	
13.7	Le laboratoire contrôle et surveille tous les services publics et les conditions environnementales. Référence ISO : 15189-07, 5.2.4 et 5.2.5.	
13.9	Le laboratoire permet d'isoler les activités qui exigent de recourir aux techniques stériles et de les réaliser dans des conditions d'asepsie.	!
13.10	Le laboratoire contrôle l'accès et l'utilisation des aires susceptibles d'affecter la qualité des activités. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7. Référence CSA : Z902-10, 22.1.2.	!
14.1	Le laboratoire dispose d'un bon programme d'assainissement et d'entretien ménager, et se conforme à une PON ou procédure de nettoyage documentée. Référence ISO : 15189-07, 5.2.10. Référence CSA : Z902-10, 22.3, 22.3.2 et 22.3.3.	!
14.2	La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter toutes les aires de travail, l'équipement et les planchers. Référence CSA : Z902-10, 22.2.1 et 22.2.2.	!
14.6	Le laboratoire ramasse, classe et élimine tous les déchets de façon sécuritaire. Référence CSA : Z902-10, 22.3.4.	!
14.8	Le laboratoire est sécuritaire et l'accès y est limité au personnel autorisé. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7.	!
17.2	Le laboratoire effectue régulièrement des vérifications de la température, du taux d'humidité et d'autres facteurs, au besoin, et en consigne les résultats. Référence CSA : Z902-10, 9.4.4.	
18.5	Le laboratoire prévient l'utilisation de fournitures, de réactifs et de milieux de culture inappropriés, dont la date d'utilisation est expirée, qui sont détériorés ou qui ne correspondent pas aux critères de qualité.	
19.3	Le personnel du laboratoire utilise une technique stérile, au besoin.	!
19.4	Le laboratoire utilise la quantité d'eau nécessaire, incluant l'eau extrapure, soit de 18 mégohms, au besoin.	
27.4	Le laboratoire conserve des enregistrements des résultats du contrôle de la qualité, des problèmes cernés et des mesures prises pour régler les problèmes.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire

Le laboratoire est bien en contrôle de ses activités et de son développement. Les différents utilisateurs rencontrés sont enchantés des services offerts et il existe une excellente convivialité. L'environnement de travail est positif avec une excellente collaboration à tous les niveaux. Plusieurs endroits dans le laboratoire sont encombrés au point de diminuer l'efficience et la sécurité du personnel et des efforts devraient être mis pour adapter le centre de prélèvement aux personnes handicapées.

On a apprécié le système de gestion des réactifs implantés au laboratoire central. Un effort important a été investi dans la rédaction des procédures opératoires normalisées (PON) et des différentes politiques, mais le processus de gestion documentaire devrait inclure l'utilisation des nombreux aide-mémoires que nous avons retrouvés dans plusieurs secteurs.

3.2.3 Section de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées		
5.11	L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fabricants et les fournisseurs d'appareils servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
6.8	L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fournisseurs de réactifs et de matériel servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
8.6	Celui qui effectue une ADBD applique des contrôles de la qualité spécifiques à chaque appareil. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.5.3, 5.5.4	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées		

L'organisme a mis en place des outils exceptionnels de formation et certification des utilisateurs ADBD (analyse de biologie délocalisée) par le moyen de vidéo et formulaires d'évaluation des compétences en ligne. Ces outils permettent l'émission de certificats individuels et la documentation des formations. Le déploiement reste à faire pour la recherche de sang occulte et l'utilisation de l'appareil Medtronic pour le temps de coagulation activé (TCA).

Des contrôles de qualité sont faits uniquement pour les glucomètres et le TCA, quoique dans ce dernier cas, ils ne sont pas documentés depuis 2009. L'organisme devrait donc étendre l'utilisation des contrôles à toutes ses ADBD.

La gestion des ADBD et son comité incluent la formation, la surveillance, l'adaptation aux besoins des utilisateurs ainsi que les planifications des activités futures.

Mise à part l'absence de contrôles externes, comme pour toutes ses ADBD, situation qu'il faudrait pallier, le programme concernant les glucomètres est exemplaire et les résultats sont même inscrits automatiquement au dossier électronique du patient.

L'encadrement des ADBD est bien en place et le l'équipe est encouragée à continuer ses efforts pour mettre en place toutes les normes d'agrément.

3.2.4 Section de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer		
9.13	L'équipe dispose d'un processus pour traiter les demandes des clients qui veulent apporter leurs propres médicaments et se les faire administrer.	
9.14	Quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.	POR
9.14.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent le choix de clients ou de populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi.	**PRINCIPAL**
9.14.3	L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant d'entreprendre les services (meilleur schéma thérapeutique possible).	**PRINCIPAL**
9.14.4	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	**PRINCIPAL**
9.14.5	L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements.	**SECONDAIRE**
9.14.6	Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.	**PRINCIPAL**
9.14.7	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	**SECONDAIRE**
16.3	L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	POR
16.3.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent la sélection des clients ou des populations cibles exigeant un bilan comparatif des médicaments. Elle détermine aussi les points de la prestation des services qui présentent un risque et qui requièrent l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.	**PRINCIPAL**

16.3.3	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	**PRINCIPAL**
16.3.4	Au moment du transfert ou du congé, l'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., médecin de famille, prochain prestataire de soins) une copie de la liste de médicaments à jour et de l'information claire sur les changements apportés.	**PRINCIPAL**
16.3.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	**SECONDAIRE**

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 : 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.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

La dignité, le respect des différences, l'empathie sont des valeurs qui guident le quotidien des membres de l'équipe et qui correspondent avec celles de l'organisation. La qualité, la sécurité des soins et des services et le bien-être de la clientèle sont au cœur du travail des professionnels. Chaque personne atteinte de cancer et recevant une thérapie systémique est attitrée à une infirmière pour la durée de son traitement. Cette infirmière demeure disponible pour répondre aux besoins et demandes de sa clientèle durant la période de son traitement. Une approche de soins très appréciée de la clientèle, qui qualifie le personnel des services ambulatoires d'humaniste, de personnes passionnées et de petits anges. Le personnel affiche une fierté de travailler à l'Hôpital général juif.

Processus prioritaire : Direction clinique

Il existe un magnifique environnement de travail reposant et très éclairé.

L'équipe établit des partenariats et travaille en collaboration avec ses partenaires dans le but d'améliorer l'efficacité de ses services.

L'aire de travail assure la sécurité et le confort pour la clientèle.

Les stagiaires et les bénévoles sont bien intégrés dans le milieu.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe interdisciplinaire digne de mention est composée de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de travailleurs sociaux et de nutritionnistes, où les personnes peuvent s'exprimer librement et émettre des opinions. Une fois semaine, il y a de la formation continue sur différents sujets et présentation de cas cliniques avec différents spécialistes médicaux (chirurgien, radiooncologue, oncologue, résident, infirmière pivot, travailleur social) pour discussion et interventions.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Une procédure existe en cas de déversement de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer et elle est connue de tous.

Un projet préliminaire du « Réseau du cancer Rossy » en partenariat avec le Centre universitaire de santé McGill et le centre hospitalier Ste-Mary, concernant les indicateurs et les résultats du programme d'oncologie (sein, prostate, poumon, colorectal) a été déposé en novembre 2012 pour discussion. Le système d'information permettra à l'équipe de pouvoir faire un meilleur bilan des résultats globaux du programme.

Un centre de bien-être « L'espoir, c'est la vie », un organisme regroupant environ 500 bénévoles, assure le soutien et donne de la formation sur divers sujets (cuisine, yoga, danse, etc.) aux personnes atteintes de cancer.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une évaluation de la satisfaction de la clientèle a été réalisée, il y a un an. Les résultats obtenus illustrent un taux de plus de 90 % de satisfaction de la clientèle au regard des soins et des services.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le personnel de la pharmacie est préoccupé à donner des services de qualité et sécuritaire à la clientèle basés sur des données probantes. Leur rôle et leur responsabilité sont bien définis. Une aire de travail propre est réservée au personnel de la pharmacie pour la préparation et la distribution des médicaments de thérapie systémique contre le cancer.

Un projet d'implantation du bilan comparatif des médicaments pour les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer a démarré il y a trois semaines.

3.2.5 Section de normes : Les services de soins primaires

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins primaires		
6.3	La clinique dispose d'un processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les clients et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
6.4	Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	
6.5	Les clients de la clinique et leur famille ont accès à un service de télétriage tous les jours 24 heures sur 24.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

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

Processus prioritaire : Épisode de soins primaires

Bien que la clinique soit ouverte tous les jours de l'année et qu'un système de visites sans rendez-vous existe, il n'y a pas de soins disponibles après les heures régulières. Un système de répondeur téléphonique oriente les patients vers les cliniques ouvertes après ces heures. Par ailleurs, la tenue des dossiers est excellente. Le dossier comprend les données nécessaires et pertinentes.

Des cliniques spécialisées, telle la clinique cardiométabolique, offrent des cours aux patients leur permettant de se prendre en main, de mieux comprendre leur maladie et de participer à l'autogestion.

Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires

La clinique a établi un réseau de partenaires tant du milieu communautaire qu'intrahospitalier. Le cheminement des patients se fait de façon fluide vers les services spécialisés, le retour du patient vers son médecin de famille est facile avec l'accès informatisé aux données de l'hospitalisation ou de la consultation clinique. Des médecins spécialistes sont également associés à la clinique, ce qui favorise des échanges bénéfiques pour le patient.

Des initiatives dans la communauté, telle l'implication au niveau des écoles secondaires pour le projet sur la médecine des adolescents, fournissent des données sur les besoins de la clientèle dans la communauté.

Le travail est bien réparti et les tâches bien divisées. Un processus de type « lean » est appliqué pour le cheminement des patients et des familles à l'intérieur de la clinique.

Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, infirmières praticiennes, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes et psychologues collabore fructueusement à la prestation de soins.

L'équipe utilise une approche collaborative pour planifier et élaborer les buts et objectifs.

Les membres de l'équipe sont compétents. Leurs qualifications sont vérifiées et de la formation est régulièrement offerte aux membres.

Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

La clinique Herzl et le CRIU sont bien intégrés au centre hospitalier de l'Hôpital général juif et partagent les valeurs et les orientations de celui-ci.

Les membres du personnel sont formés et orientés dans une optique d'amélioration de la qualité des services et des soins.

La clinique définit et communique ses pratiques exemplaires. Une approche transparente est mise de l'avant pour informer la clientèle.

Le « Herzl Family Practice Center » fête ses 100 ans. Cette clinique et son nouvel ajout, le « Herzl CRIU », sont tournés vers le futur et visent toujours plus loin dans l'amélioration des soins et de la qualité. Leurs nombreux projets de recherche et initiatives cliniques en font foi.

Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires

La clinique utilise les données recueillies lors des sondages dans le cadre des projets de recherche pour appuyer ses décisions cliniques. Les meilleures pratiques servent à l'amélioration des processus de même qu'à l'enseignement donné aux personnes formées dans la clinique.

Les dossiers cliniques sont complets et uniformes.

L'information sur les patients se transmet de façon fluide à travers la technologie informatique. Les analyses des laboratoires et de radiologie sont informatisées et dans peu de temps tout le dossier médical de la clinique sera informatisé.

La clinique est très impliquée dans des projets de recherche, dont la production d'une récente publication dans « The Johns Hopkins University Press 2011 ».

3.2.6 Section de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
3.11 La pharmacie dispose d'une politique et d'un processus d'identification et de résolution des problèmes liés aux expéditions de médicaments.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

Le processus de gestion des médicaments est bien structuré, standardisé et bien géré. Le département de pharmacie est dynamique et fait partie intégrante des équipes de soins.

Le système de pharmacies satellites permet une accessibilité accrue à ces professionnels. Bien entendu, ils ne sont pas présents 24-7, ce qui explique qu'ils ne peuvent pas revoir toutes les ordonnances avant que le médicament soit dispensé.

La qualité, la rigueur et la gestion des risques sont sans aucun doute une préoccupation quotidienne pour le département de pharmacie et dans les secteurs cliniques. Plusieurs initiatives en font la preuve.

Les équipements sont récents en général et bien maintenus. Par exemple, tous les chariots à médicaments dans les corridors étaient barrés.

La rencontre annuelle avec les pharmaciens afin de discuter de leurs objectifs est très appréciée.

Le département de pharmacie exerce un leadership au sujet de certaines pratiques organisationnelles requises (POR) telles les abréviations dangereuses, la gestion de l'héparine, les narcotiques, le bilan comparatif des médicaments (BCM), etc., et travaille de façon concertée avec les médecins et les infirmières afin de bien répondre aux exigences. La responsabilité est partagée et tous s'impliquent. Plusieurs outils ont été développés telles cartes de rappel pour les abréviations dangereuses, les formulaires pour le BCM adapté à certains secteurs.

La technologie est aussi utilisée pour améliorer la sécurité des patients comme les pompes intelligentes. De même, il n'y a plus d'électrolytes concentrés sur les étages et la minime quantité qui doit être conservée, par exemple aux soins intensifs pour des situations d'urgence, est gardée dans un cabinet décentralisé Pixis qui assure l'accès restreint et sécurisé de ces produits.

Plusieurs rapports et audits sont faits et servent entre autres à donner une rétroaction aux unités de soins et aux médecins concernant divers aspects de la gestion des médicaments.

3.2.7 Section de normes : Prévention des infections

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
11.1	L'organisme se conforme à ses politiques et procédures, ainsi qu'aux lois, lorsqu'il manipule le linge souillé, les matières infectieuses et les déchets dangereux.	!
13.4	Tous les secteurs de retraitement des endoscopes comportent des aires séparées pour le nettoyage et la décontamination, munies d'une zone d'entreposage, d'une plomberie et de drains, et d'un système de ventilation approprié.	!
13.12	Pour chaque endoscope, l'organisme tient un dossier permanent du retraitement des appareils d'endoscopie.	!
13.13	Le dossier de retraitement de l'appareil d'endoscopie comprend le numéro d'identification et le type d'endoscope, l'identification de l'unité de retraitement automatique des endoscopes (URAE), s'il y a lieu, la date et l'heure de l'intervention clinique, le nom et l'identificateur unique du client, les résultats de l'inspection individuelle et du contrôle d'étanchéité, ainsi que le nom de la personne qui procède au retraitement de l'endoscope.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Prévention des infections		

Le programme de prévention et de contrôle des infections de l'Hôpital général juif est remarquable, bien organisé et intégré à la culture de qualité en vigueur à cette institution.
L'équipe a constaté bien que ses politiques et procédures soient à jour et que les meilleures pratiques sont appliquées et la surveillance faite et documentée, que la diffusion des connaissances à l'organisation ne se faisait pas de façon fluide. L'équipe a entrepris dans les derniers mois une restructuration lui permettant de rejoindre ses partenaires et de faire des représentations auprès des équipes médicales, administratives et même du conseil d'administration.

L'organisation a de bonnes ressources pour assurer le recouvrement des infections nosocomiales. L'équipe fait la surveillance des infections des sites chirurgicaux, des SARM, ERV et Clostridium difficile. Pour le Clostidium difficile, l'équipe a noté une recrudescence entre 2005 et 2012. Elle adresse cette situation en responsabilisant davantage les soignants assignés directement au patient. Plusieurs mesures assurent l'isolement et la mise en place d'un traitement très rapidement.

Afin d'augmenter la compliance à la pratique d'hygiène des mains, l'équipe s'est dotée de champions ou d'agents multiplicateurs sur chaque unité de soins. De façon créative, des audits via une tablette Ipad sont effectués et les résultats diffusés sur les unités de soins.

Les infirmières du bureau de santé se déplacent sur les unités pour donner le vaccin antigrippal favorisant un plus haut taux de vaccination.

Le service de l'hygiène et salubrité a produit un bon programme au moyen de « cartes de taches » afin d'illustrer les endroits cibles pour un bon nettoyage. Des vérifications quotidiennes des surfaces de contact au moyen d'un crayon UV sont effectuées augmentant la conformité des bonnes méthodes de nettoyage des chambres des patients. L'équipe démontre une bonne capacité à bien gérer des situations d'éclosions.

Nous avons noté pour le retraitement des endoscopes de la clinique de gastro-entérologie, de nouvelles installations bien aménagées et conformes. Nous encourageons l'établissement à vérifier la ventilation de l'aire de retraitement des bronchoscopes de la clinique de bronchoscopie. L'établissement devra réviser son processus de gestion des déchets biomédicaux produits au laboratoire central afin de mieux séparer les déchets décontaminés qui sont envoyés à la décharge, des déchets envoyés à l'incinération.

Le travail d'équipe au sein du personnel du contrôle des infections amène des résultats favorables au niveau du contrôle des infections nosocomiales. Cette équipe n'hésite pas à travailler en partenariat avec les experts en maladies infectieuses, la santé publique, les différents secteurs de l'hôpital et la communauté.

3.2.8 Section de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie		
1.2	Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3	Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
3.10	L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
6.7	L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
15.4	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
17.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

L'équipe a beaucoup travaillé ses processus afin de pouvoir absorber l'augmentation de volume sans compromettre la qualité. Par exemple, un filtre HEPA a été installé dans une salle afin de diminuer le temps d'arrêt à la suite d'un cas de tuberculose (45 minutes vs 3 heures). La standardisation de l'approche pour les patients recevant une substance de contraste a nécessité beaucoup d'efforts et permet d'améliorer le flot des patients.

L'équipe a développé une pause de style pause chirurgicale en imagerie interventionnelle qui est digne de mention et innovatrice.

Il y a des indicateurs pour plusieurs processus qui sont surveillés périodiquement afin de répondre aux besoins en terme d'accessibilité.

Des efforts sont faits afin de respecter la diversité des clients par exemple en ayant un CT Scan qui peut donner des instructions en 16 langues.

Des ententes sont conclues avec des partenaires en cas de pannes par exemple.

3.2.9 Section de normes : Services d'obstétrique

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		
4.9	Les chefs d'équipe évaluent et consignent le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de la cliente à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation de celle-ci, de la famille ou du soignant.	POR
9.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec la cliente au moment de l'admission.	**PRINCIPAL**
9.5.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour la cliente à l'admission.	**PRINCIPAL**
9.5.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	**PRINCIPAL**
9.5.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
9.5.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre la cliente et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	**SECONDAIRE**
12.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	POR
12.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**

12.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
12.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**

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

L'équipe connaît bien les besoins de sa population et établit des objectifs pour ses services qui sont mesurables.

Il y a collaboration avec les partenaires de la communauté telle par exemple les services de sages-femmes offerts par la Maison de Naissance.

L'équipe se rencontre régulièrement (plusieurs comités) afin de revoir certains protocoles, revoir le progrès des projets d'amélioration de la qualité et d'identifier d'autres possibilités d'amélioration.

L'équipe évalue régulièrement ses services et le fonctionnement de l'équipe (The MORE OB Culture assessment survey report). L'équipe a identifié des priorités en ordre d'importance : la sécurité du patient, l'ouverture de la communication, le travail d'équipe, les besoins d'apprentissage, valoriser les individus, et « empowering » les gens.

L'équipe est encouragée de poursuivre l'initiative MORE OB et d'évaluer les résultats des changements et stratégies d'amélioration.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est évidente. Il y a une grande collaboration de tous les membres de l'équipe. Des mécanismes de communication permettent à l'équipe de partager régulièrement de l'information.

Il y a un processus de soutien et des ressources pour la formation continue. Plusieurs séances de formation sont offertes au personnel. Entre autres, des simulations de cas d'urgence (emergency drills) sont offertes aux membres du personnel (ex. : hémorragie post-partum, réanimation néonatale). Une semaine olympique offrant d'autres simulations de cas urgents sera bientôt offerte à l'équipe.

L'équipe est encouragée à développer un processus formel afin d'évaluer le rendement de tous ses employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des plans de soins standardisés (care pathways) pour la cliente et le bébé facilitent la progression des services et procédures normalisés offerts pendant la période d'hospitalisation. Plusieurs dépliants et renseignements sur les services de soins obstétriques sont offerts aux clientes et à la famille.

L'équipe est encouragée à établir le bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert et congé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe examine régulièrement ses lignes directrices ainsi que les nouvelles lignes directrices et ajuste ou change ses pratiques afin d'être conforme avec les meilleures pratiques actuelles. Un nouveau protocole (Induction of labour guidelines) est en place. L'équipe a suivi un processus pour examiner la nouvelle ligne directrice et les résultats de recherche, a fait un essai pilote, a communiqué avec l'équipe les résultats du projet pilote et a implanté le nouveau protocole.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe mesure plusieurs indicateurs de performance administratifs, cliniques et de processus; par exemple le taux d'allaitement, le lavage des mains, l'utilisation de médicament à base d'opium pour le soulagement de la douleur, les incidents, le nombre de césariennes. Des possibilités d'améliorations sont discutées et l'équipe apporte des améliorations.

L'équipe est encouragée à formaliser son processus d'évaluation et suivi des indicateurs de performance.

3.2.10 Section de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire		
2.2	Le manuel comprend les procédures concernant la préparation du client; l'identification du spécimen primaire devant être prélevé; le prélèvement du spécimen; et l'élimination en toute sécurité des matériaux utilisés pour prélever l'échantillon. Référence ISO : 15189, 5.4.3.	
2.4	Tous les spécimens primaires peuvent être retracés jusqu'au client. Référence ISO : 15189, 5.4.5.	!
3.8	Le laboratoire entrepose les spécimens de façon appropriée en fonction du type de spécimen et des exigences se rapportant aux analyses. Référence ISO : 15189, 5.4.14, 5.7.2.	
5.6	Le laboratoire élimine les échantillons de façon sécuritaire et en se conformant aux exigences ou règlements locaux en matière de gestion des déchets lorsqu'il n'est plus nécessaire de les conserver pour des fins d'analyse, p. ex. les résultats ont été validés, autorisés et divulgués. Référence ISO : 15189, 5.7.3.	!
6.3	Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire

Le volet préanalytique est encadré avec des politiques et procédures bien définies. Le traitement des spécimens urgents et la communication des résultats se font de façon efficace. Au niveau postanalytique, le laboratoire utilise des indicateurs de qualité dans la gestion de ses performances et l'amélioration globale des services qui sont offerts.

On devrait cependant revoir la procédure de prélèvements et uniformiser son utilisation dans toute l'organisation. La logistique de gestion des déchets biomédicaux est à revoir au laboratoire central.

3.2.11 Section de normes : Services de médecine

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	
5.3 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
3.4 L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
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

La prise en charge de la clientèle de médecine s'effectue par des équipes interdisciplinaires oeuvrant dans six unités de soins différentes. Cette clientèle est la plus âgée de la région de Montréal et son affluence par l'urgence, couplée à des ressources limitées pour son congé de l'hôpital, exerce une pression croissante sur les équipes soignantes.

Processus prioritaire : Compétences

L'organisme a assumé un rôle de leader depuis plusieurs années dans la prise en charge de la clientèle médicale âgée et de la gériatrie, ce qui lui a permis de développer une approche interdisciplinaire dans un climat de collaboration.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La clientèle de médecine est prise en charge par des équipes interdisciplinaires dans les six unités de soins, mais les équipes n'utilisent pas de procédures ou processus normalisés pour améliorer leur travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches. L'harmonisation du travail d'équipe se fait par consensus entre les membres de l'équipe. Le climat de travail est excellent et est comparé par les intervenants comme un travail en famille.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'esprit de famille des équipes interdisciplinaires facilite la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe transmet de l'information sur les résultats des évaluations et analyses et les meilleures pratiques grâce au site Web de l'établissement.

Des stratégies de prévention sont en cours pour les plaies de pression, les chutes, les thrombophlébites profondes et les embolies pulmonaires.

Certains intervenants craignent une augmentation de la pression sur les services de médecine lorsque le Centre universitaire de santé McGill emménagera dans son méga-hôpital et qu'il fermera plus de cent lits actuellement existants.

3.2.12 Section de normes : Services de santé mentale

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		
4.10	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
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		
16.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est fière des liens établis avec les services communautaires et collabore avec ses partenaires, tels que le Centre de crise, les CLSC, les centres d'hébergement. Les besoins de la population sont discutés ainsi que les opportunités de collaboration afin d'améliorer l'accès aux services.

L'équipe est très active au regard de l'amélioration des services offerts. Plusieurs nouvelles initiatives mises en place telles qu'une nouvelle ligne directrice de soins Programme First Episode Psychosis, Programme de formation du personnel sur la prévention des chutes et l'implantation d'un processus et questionnaire de satisfaction pour les patients.

L'équipe est très active en recherche et passionnée de ses projets de recherche entre autres celui sur la psychiatrie culturelle.

L'équipe interdisciplinaire identifie, planifie et mesure l'atteinte de ses objectifs.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est évidente ainsi que l'engagement et la collaboration de tous les membres de l'équipe.

L'équipe est encouragée à formaliser son processus d'évaluation du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. Un processus d'évaluation par discipline est en place.

L'équipe de santé mentale a mentionné que le processus d'évaluation du rendement du personnel infirmier n'était pas en place. Par contre, l'évaluation du rendement des ergothérapeutes et des médecins est complétée à 100 %. L'équipe est encouragée à développer un processus formel afin d'évaluer le rendement de tous ses employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe évalue continuellement par des processus d'audits ses listes d'attentes pour tous ses services de psychiatrie. L'accès aux services de la clinique de soins ambulatoire est de 6 à 8 mois. Il y a un processus de triage en place et selon les besoins tel que la complexité de la maladie, le patient est pris en charge par le CSSS, l'hôpital de jour ou son médecin.

Plusieurs stratégies d'intervention et de suivi tel l'identification du risque de suicide, chute, violence, infection assure la sécurité des patients.

En 2010, un nouveau formulaire de consentement, processus, et formation pour le personnel a été instauré dans tous les services. Des audits de dossier démontrent que le consentement au traitement des patients est obtenu à 100 % pour les patients.

L'équipe rapporte qu'elle a rarement recours à l'isolement et aux moyens de contention. Si nécessaire, un protocole d'application et de surveillance du patient sous contention est respecté.

Lors du congé ou transfert, un plan de suivi (suivi à vie) est développé pour chaque patient. Une infirmière de liaison facilite le processus de planification de transfert du patient de l'ambulatoire vers les CSSS ou CLSC et de l'hospitalisation vers la communauté (CLSC) ou la clinique ambulatoire.

L'équipe a mentionné qu'elle désire compléter l'évaluation de son nouveau programme de prévention des chutes. Des audits démontrent une légère amélioration du taux de chute.

L'équipe est encouragée à continuer la formation sur l'identification des patients à risque de suicide et faire des audits à intervalles réguliers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe examine régulièrement ses lignes directrices ainsi que les nouvelles lignes directrices et ajuste ou change ses pratiques afin d'être conforme avec les pratiques exemplaires actuelles.

Plusieurs projets de recherche sont en cours : psychologie culturelle, la santé mentale et la maladie mentale et, l'étiologie et le traitement de conditions mentales.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe évalue régulièrement ses stratégies de prévention des chutes et désire continuer à améliorer son processus afin d'améliorer ses résultats.

L'équipe mesure plusieurs indicateurs de performance administratifs, cliniques et de processus.

L'équipe est encouragée à comparer ses résultats avec ceux obtenus d'autres programmes ou organismes semblables.

3.2.13 Section de normes : Services de soins intensifs

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		
4.6	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
10.8	L'équipe se conforme à un protocole pour l'interruption de la sédation pendant une journée.	
10.11	L'équipe se conforme à un protocole pour maîtriser le taux de glycémie chez les clients.	
12.7	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
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.	
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur décédé)		
	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

Les équipes visitées comprennent : les soins intensifs, l'unité coronarienne et soins en cardiologie, le laboratoire de cathétérisme cardiaque, la clinique d'insuffisance cardiaque, ainsi que les soins intensifs en néonatalogie. Les équipes se passionnent pour l'amélioration de la qualité des soins offerts et de nombreuses initiatives à ce sujet sont en cours d'implantation. Par exemple : ambulation précoce continue, le formulaire de transfert inter/intra hôpital, le développement de formulaires d'ordonnances médicales et pharmaceutiques standardisés et préimprimés, la nouvelle pratique d'insertion des pacemakers au laboratoire de cathétérisme cardiaque, la nouvelle pratique d'insertion de cathéter central veineux (PICC) et de

prévention de pneumonie associée à la ventilation mécanique tant en néonatalogie que chez les adultes, et plus.

Les équipes connaissent bien les besoins de leurs clientèles et apportent des changements à leurs services au besoin. L'augmentation du volume de patient en oncologie traité aux soins intensifs a eu un impact sur les besoins de formation du personnel.

Un rapport de plan annuel des soins intensifs démontre la révision et l'atteinte des objectifs pour l'année 2011-2012 en plus des objectifs et plans d'action pour les objectifs non complétés. De nouveaux pour 2012-2013 sont identifiés.

Un bilan des groupes de discussions démontre que les membres du personnel de l'unité des soins intensifs sont encouragés à partager leurs commentaires concernant la santé psychologique au travail. Une démarche d'amélioration est en cours.

Un partenariat entre l'Hôpital général juif et l'Hôpital St-Mary facilite le transfert de bébés ayant besoin de services intensifs.

Les équipes sont encouragées à formaliser leur processus de développement des buts et objectifs mesurables pour chaque service en lien avec l'orientation stratégique de l'organisme.

Processus prioritaire : Compétences

Le travail d'équipe interdisciplinaire est remarquable et efficace.

Les membres des équipes reçoivent beaucoup de formation continue sur les nouvelles pratiques, nouveaux protocoles, nouvel équipement comprenant pompes à infusion.

L'équipe de soins en cardiologie est fière de rapporter qu'elle effectue des rondes de patients deux fois par jour.

Un processus d'évaluation formel du rendement des employés des soins intensifs, et coronariens est en place et actualité à 85-90 %. En néonatalogie, il est 40 %.

Un processus d'évaluation formel du rendement du personnel travaillant au laboratoire de cathétérisme cardiaque est à développer. C'est un des objectifs pour 2013.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des audits complétés aux soins intensifs démontrent que la politique sur la prophylaxie thrombo-embolie veineuse est appliquée à 100 %.

Une infirmière clinicienne offre du soutien aux patients en fin de vie et à leurs familles en plus d'un suivi auprès de celle-ci après le décès. L'infirmière a aussi un rôle de liaison avec la famille et le patient durant le séjour afin de le rendre plus satisfaisant et de s'assurer que tous les besoins sont rencontrés.

La planification du congé/transfert des patients aux soins intensifs vers les unités de médecine et chirurgie est facilitée par une infirmière clinicienne qui visite les patients et l'équipe de soins afin de connaître les besoins et l'état clinique des patients.

L'équipe des soins intensifs est encouragée à compléter l'implantation des protocoles et feuilles d'ordonnance du médecin développés pour la pratique d'interruption de la sédation durant la journée et comment maîtriser le taux de glycémie chez les clients.

L'équipe est encouragée à développer un processus systémique pour évaluer le succès de la transition des patients après leurs départs des soins intensifs vers un autre service. À noter qu'il y a un processus de relance téléphonique du suivi de deuil avec la famille d'un patient décédé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes ont des processus permettant l'accès à des données fondées sur la recherche et de l'information sur les meilleures pratiques. L'équipe est fière de rapporter qu'un protocole de mobilisation du patient ventilé est en place et démontre des résultats positifs d'amélioration clinique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes analysent plusieurs indicateurs de performance permettant l'évaluation de l'impact des services sur les résultats. L'équipe des soins intensifs a mentionné qu'elle génère annuellement environ 800 rapports d'incidents et que chaque rapport est analysé chaque semaine par l'intensiviste responsable de l'unité. Des thèmes communs sont créés et des activités d'amélioration sont implantées (ex. : technique pour sécuriser une ligne centrale).

L'équipe du laboratoire de cathétérisme a réduit le taux de déplacement des pacemakers (leads) de 19 % à 0,05 % depuis que l'insertion des pacemakers se fait au cath lab.

L'équipe de NICU se joint à un groupe de partage de données statistiques et se compare à des organismes similaires. En collaboration, des solutions et protocoles sont élaborés.

Le taux d'infection est significativement plus bas depuis l'implantation de la nouvelle pratique de cathéter central inséré par voie périphérique chez les nouveaux-Nés (CCIVP).

Aux soins intensifs, le taux d'infection des lignes centrales est à 0 % depuis 19 mois. En plus, depuis l'implantation de nouvelles lignes directrices interdisciplinaire sur la prévention des ulcères de pression, le taux d'ulcère de pression est passé de 59 % à 17 %.

Les équipes sont encouragées à formaliser leurs processus d'évaluation et suivi des indicateurs de performance.

Processus prioritaire : Don d'organes (donneur décédé)

Des analyses de dossier bilan sur l'unité des soins intensifs démontrent que 100 % des patients désirant donner leurs organes ont été recrutés. Une infirmière de liaison venant de Transplant Québec facilite le processus de don d'organe et de tissu.

L'équipe de néonatalogie est encouragée à continuer son processus d'implantation afin d'offrir des services de don d'organes.

3.2.14 Section de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie

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		
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
10.6	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
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

En collaboration avec la planification stratégique de l'établissement, l'équipe élabore et développe ses buts et ses objectifs.

Un processus d'échanges avec les partenaires est en place pour discussion des orientations et des difficultés vécues.

Le personnel a la possibilité de s'exprimer. La circulation de l'information est fluide au sein de l'équipe, un esprit de collaboration se dégage.

Processus prioritaire : Compétences

Il y a lieu de mentionner le modèle de travail interdisciplinaire d'une grande compétence dotée de connaissances et de savoir-faire et des capacités à la prestation des soins et des services efficaces et efficients.

L'organisation dispose d'espace pour favoriser les rencontres cliniques interdisciplinaires officielles réalisées tous les mercredis. Lors de ses rencontres, divers sujets notamment la planification des services, la planification de départ, la sécurité et la qualité des services sont discutés. Des outils communs sont utilisés.

Une formation annuelle est donnée au sujet des pompes à perfusion; un registre des activités est tenu.

L'ensemble du personnel n'a pas eu d'évaluation de rendement. On encourage l'organisation à compléter ces évaluations.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus du bilan comparatif de médicament englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, les différences ont été cernées, discutées et que les modifications appropriées ont été apportées.

Les clients rencontrés mentionnent l'humanisation des services et la qualité des soins et des services reçus. L'équipe démontre l'importance de l'approche centrée sur le patient et la famille avec la préoccupation de sécurité des soins et des services.

Le personnel manifeste beaucoup de respect pour la clientèle et des liens chaleureux y sont observés. Tous les usagers ont un plan d'intervention et les résultats obtenus sont notés de façon claire et pertinente au dossier.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe disposent de divers moyens ou mécanismes fondés sur des données probantes en ce qui a trait aux services de traitement du cancer et d'oncologie. L'équipe est félicitée pour ses projets de recherche.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe sont sensibles à la gestion des risques. L'équipe analyse les événements, les incidents/accidents survenus sur l'unité et utilise divers mécanismes ou moyens (programme des chutes, guide des ulcères de pression) pour réduire leur incidence ou leur répétition. Cependant, on note un encombrement des divers corridors de l'unité.

Les résultats de diverses analyses sont transmis et partagés avec l'ensemble des membres de l'équipe.

Des indicateurs de qualité (%) de satisfaction de la clientèle sont mis en place pour mesurer l'atteinte des objectifs.

3.2.15 Section de normes : Services des urgences

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.	
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur décédé)	
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

L'urgence de l'Hôpital général juif connait une croissance rapide de son achalandage depuis les deux dernières années, particulièrement pour les clientèles oncologiques et psychiatriques lourdes et âgées en provenance de l'extérieur de son territoire de desserte. Cette augmentation semble due à la réputation de la qualité de soins qui y sont offerts et aux promotions médiatiques des travaux de recherche en oncologie. Ce service d'urgence reçoit près de 75 000 visites par année dont 53 % proviennent de l'extérieur du territoire de desserte.

Une récente rencontre des responsables de l'urgence de l'Hôpital général juif à Toronto avec des chercheurs ontariens, albertains et britanno-colombiens a révélé, chiffres à l'appui, que les situations de congestion des urgences à travers le Canada ne pourront être résolues sans un réaménagement de tout le système de soins et non seulement par des changements internes dans les hôpitaux.

Le médecin-chef de l'urgence de l'Hôpital général juif est de son propre aveu un passionné des données statistiques et de leur application clinique au profit de la clientèle de l'urgence. Cet enthousiasme est largement partagé par les membres de son équipe de gestion, les cliniciens et membres du personnel de

soutien de ce département. L'initiative qui en résulte est clairement perceptible et bien implantée dans tous les secteurs du dit département.

L'évaluation des besoins des patients et des moyens d'y mieux répondre, la prise en charge de la formation continue du personnel, du milieu physique, du mode d'administration des soins sont des processus constants, inhérents à la culture d'entreprise de l'urgence est aussi une constante. L'utilisation réfléchie, prudente et organisée des résultats obtenue à des fins d'amélioration des performances aussi.

Une des résultantes organisationnelles majeures récentes est l'adoption enthousiaste des modifications préconisées dans le plan Lean. Ce nouveau modèle de fonctionnement a transitoirement permis d'améliorer les performances de l'urgence, mais l'augmentation de l'achalandage a détérioré les conditions d'engorgement, sans toutefois réaugmenter temps de séjour de patients pouvant être traités en externe. Il en résulte une augmentation de la satisfaction des patients, du personnel et des médecins de l'urgence. Le modèle Lean a été adopté entre autres en prévision de leur déménagement imminent dans une nouvelle salle d'urgence dont l'ensemble de la planification a été développé en collaboration avec l'équipe.

Une gestion intégrée des services de médecine et d'urgence, concrétisée par une rencontre hebdomadaire interdisciplinaire de gestion des lits a permis de diminuer une durée moyenne de séjour de 1,8 jour pour la clientèle de médecine.

Finalement, il serait difficile de passer sous silence que l'ensemble de l'équipe de gestion a tenu à présenter les contributions significatives spécifiquement apportées par l'un de leurs membres récemment décédés, afin que juste part lui soit rendue. Chapeau!

Processus prioritaire : Compétences

La formation en cours d'emploi est une notion acquise et pratiquée spontanément à tous les niveaux de la structure de soins.

L'évaluation, la quantification, l'amélioration des compétences sont rigoureusement et régulièrement documentées tant au niveau soins infirmiers que médical. Ce milieu académique accueille des étudiants en diverses disciplines des soins de la santé et il s'y dispense un enseignement formel organisé, systématique, mesuré et quantifié. Cet afflux de connaissance déborde visiblement du cadre formel d'enseignement hiérarchique et est transmis aux membres d'autres métiers et professions faisant partie de l'équipe traitante, de même qu'aux patients et aux familles de façon compréhensible.

Coup de coeur : tous les médecins pratiquant dans ce département sont praticiens indépendants en EDU (échographie au département d'urgence) et tous les résidents d'urgence acquièrent cette qualification lors de leur mois de stage à cette salle d'urgence.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les meilleurs schémas thérapeutiques possibles et bilans comparatifs sont effectués chez tous patients hospitalisés. Ils sont de plus complétés systématiquement les jours de semaine et chez tous patients sur civière.

La mise en place d'une unité « RAZ » (rapid assesment zone) a accéléré significativement le temps de transit des patients nécessitant l'amorce immédiate de traitements en l'absence de critères de sévérité justifiant une admission.

Une collaboration avec le Groupe de médecine de famille (GMF) dans le cadre du projet CRIU a permis la référence directe de cas de priorité 5 directement à partir des équipes de triage.

La prise en charge méticuleuse et systématique par l'équipe de préparation de congé des patients orphelins est à souligner. Les membres de l'équipe s'assurent de la prise en charge médicale de tous ces patients soit pas un médecin du groupe de médecins de famille, soit par un médecin de leur secteur résidentiel. Deux mille cinq cents patients orphelins ont ainsi été pris en charge par cette mesure. Cette résultante a été rendue possible par l'ajout des représentants des deux CLSC à l'équipe de planification de congé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Quoique l'équipe respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des clients et de la confidentialité des renseignements sur le client en ce qui a trait au dossier médical, et quoique l'équipe continue de mettre en place des mesures physiques et d'émettre des rappels au personnel et aux médecins, la difficulté de respecter la confidentialité restera un défi majeur pour les gens travaillant dans cette salle d'urgence tant que des locaux plus spacieux ne seront pas disponibles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La diminution du temps d'attente de tests en radiologie spécialisée (SCAN, IRM par exemple) reste un défi important auquel s'attaque sans relâche l'équipe de gestion de l'urgence et de l'imagerie diagnostique. L'équipe fait partie de plusieurs groupes de discussion intra et extra provinciaux, nationaux et internationaux consacrés au partage de données tant statistiques que cliniques en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Le logiciel MEDURG a été implanté en mai 2012 pour faciliter la gestion des épisodes de soins.

Processus prioritaire : Don d'organes (donneur décédé)

Tous les critères de ce processus prioritaire sont conformes. Cependant, l'organisme est invité à se pencher sur le processus de dons d'organes pour donneurs décédés afin d'optimiser les conditions tant pour la famille que pour les futurs donneurs.

3.2.16 Section de normes : Services palliatifs et services de fin de vie

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		
9.6	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
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

Un milieu humain, accueillant, propre, décoré, un personnel passionné et habité de compassion. On utilise la phase « on est comme une famille ».

Une belle synergie et une complicité se dégagent des cadres qui sont en cogestion (médecin responsable des soins palliatifs et la gestionnaire de l'unité).

Une équipe de 35 bénévoles accompagne ou soutient la clientèle en soins palliatifs. Cette équipe est très appréciée du personnel et de la clientèle de l'unité. La responsable des bénévoles de l'unité espère augmenter le nombre à 45 de ses bénévoles. Une bonne structure organisationnelle est en place concernant le recrutement, la formation et la période de probation.

Il existe un climat respectueux entre les intervenants.

Processus prioritaire : Compétences

Il a lieu de souligner le modèle de travail interdisciplinaire ainsi que la présence de personnes d'une grande compétence, tant au niveau des connaissances que du savoir-faire et des capacités de la prestation des soins et des services efficaces et efficients.

L'organisation dispose d'espace pour favoriser les rencontres cliniques interdisciplinaires officielles réalisées tous les jeudis. Lors de ses rencontres, divers sujets sont abordés, notamment, la planification des services, la planification de départ, la sécurité et la qualité des services. Des outils communs sont utilisés. Les cas complexes sont discutés et chaque membre de l'équipe interdisciplinaire peut exprimer son opinion.

Une formation annuellement, est donnée au sujet des pompes à perfusion, pour laquelle un registre est tenu.

L'ensemble du personnel a eu une évaluation de rendement et planification des objectifs personnels pour la prochaine année.

La formation continue est valorisée et en guise de reconnaissance, les personnes peuvent participer à des colloques ou à des formations ou à des présentations de conférences à tour de rôle. Des séances de formation concernant les soins palliatifs sont données à l'intérieur de l'organisation.

Il importe de souligner que le personnel peut répondre à la clientèle en dix-sept langues.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus du bilan comparatif de médicament englobe une preuve écrite, les deux listes ont été comparées, les différences ont été cernées, discutées et les modifications appropriées ont été apporté à tout nouveau médicament prescrit, le cas échéant.

Les clients rencontrés mentionnent l'humanisation des services, la compassion du personnel, la disponibilité des divers intervenants y compris le corps médical ainsi que la qualité des soins et des services reçus. Le patient et sa famille sont au cœur des soins et des services. Les divers programmes (guide des plaies de pression, programme de chute) en place témoignent de l'importance que revêtent la qualité et la sécurité des soins et des services.

Les indicateurs de qualité sont affichés dans un endroit approprié et visible pour le personnel. Les résultats sont partagés et discutés avec le personnel lors des rencontres administratives ou lors de la rencontre de l'équipe interdisciplinaire le jeudi.

Le personnel manifeste beaucoup de respect pour la clientèle et des liens chaleureux sont observés. Tous les usagers ont un plan d'intervention interdisciplinaire.

Il existe plusieurs recherches, préoccupation d'utiliser les meilleures pratiques en soins palliatifs basées sur les données probantes.

Il importe de souligner le taux important de rétention du personnel sur cette unité de soins.

Cette unité a reçu un prix d'innovation de l'Hôpital général juif.

On mentionne que l'espace physique (bureau) pour les intervenants pourrait être amélioré.

Un des médecins de l'unité a développé une base de données pour suivre l'évolution de la clientèle, le portrait ainsi que le profil de la clientèle en soins palliatifs.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est complété à l'admission pour la majorité de la clientèle, cependant, on note que quatre n'a pas été complété ayant comme raison durée de séjour trop court (3 heures).

Processus prioritaire : Aide à la décision

Plusieurs outils et mécanismes sont en place pour l'aide à la décision : indicateurs, audits, rapports incidents/accidents, monitorage des opioïdes, évaluations de la douleur.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe analyse les événements, les incidents/accidents survenus sur l'unité et utilisent divers mécanismes ou moyens (programme des chutes, guide des ulcères de pression) pour les réduire ou de les éviter de se reproduire. Les résultats de diverses analyses sont transmis et partagés avec l'ensemble des membres de l'équipe. Les résultats sont affichés dans des endroits stratégiques.

Une évaluation de la satisfaction de la clientèle pour les services reçus est en cours. Des indicateurs de qualité (%) de satisfaction de la clientèle sont mis en place pour mesurer l'atteinte des objectifs.

3.2.17 Section 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		
4.9	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
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		
18.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de soins ambulatoires.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les équipes visitées (services d'endoscopie, hôpital de jour et dialyse) évaluent régulièrement les besoins de leurs services et cherchent à apporter des améliorations et changements afin de s'adapter aux besoins de leurs clientèles. Les membres des équipes collaborent pour identifier les objectifs et les priorités.

Processus prioritaire : Compétences

Toutes les équipes reçoivent continuellement de l'éducation et formation pertinente aux besoins de chaque discipline sous forme de grands rounds, sessions et programmes formels. Plusieurs professionnels, par exemple l'infirmière clinicienne, offrent du soutien aux équipes. L'équipe de dialyse a rapporté que 800 heures ont été dédiées à la formation des infirmières et infirmiers durant la dernière année.

L'interdisciplinarité et la communication sont favorisées dans les équipes et facilitent la coordination des services offerts.

Les équipes sont encouragées à formaliser leurs processus pour évaluer leur fonctionnement en équipe, déterminer les priorités et, au besoin, amener des améliorations.

L'équipe est encouragée à développer un processus formel afin d'évaluer le rendement de tous ses employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un processus de préévaluation de la majorité des patients hospitalisés recevant un transfert à l'hôpital de jour est vu par le médecin la veille de leurs congés de l'unité et admission à l'hôpital de jour; facilitant la transition et continuité des soins.

L'hôpital de jour et le service de dialyse n'ont pas de liste d'attente. L'hôpital de jour a un système de priorisation de rendez-vous et une porte ouverte (walk-ins). L'équipe répond rapidement aux besoins des patients qui ont besoin d'accès au service de dialyse et à l'hôpital de jour.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Une approche interétablissement a facilité le développement du nouveau protocole et de meilleures pratiques d'administration de fer intraveineux dans la communauté. Cette nouvelle pratique a diminué le temps de traitement requis à l'hôpital de jour. L'équipe évalue régulièrement les résultats de cette nouvelle pratique.

Un projet de recherche sur la dialyse péritonéale encourageant l'autonomie du client est maintenant reconnu internationalement (choisir la poche de dialysat — self-management support for peritoneal dialysis patients).

L'équipe de dialyse identifie des opportunités de projet de recherche tel que par exemple le projet de recherche interdisciplinaire sur le calcium en prédialyse.

L'équipe d'endoscopie a un processus permettant de partager l'information et les lignes directrices. De nouvelles lignes directrices pour infirmières en endoscopie sont en place. Des évaluations telles qu'audit et validation démontrent que les nouvelles lignes directrices sont suivies.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un rapport annuel pour l'hôpital de jour démontre l'impact du service et des résultats. L'équipe examine l'augmentation de son volume de patients de 5 à 6 % en considération de sa capacité et objectif de maintenir ses services de qualité.

Les équipes identifient les risques de sécurité de façon proactive. Par exemple, la redirection de la circulation du matériel sur le cheminement des patients externes arrivant à l'hôpital de jour est en révision et des solutions assurant la sécurité des patients sont en discussion.

Toutes les équipes se rencontrent régulièrement afin de revoir et discuter les rapports d'incidents et d'établir des pistes d'amélioration.

Des stratégies de prévention des chutes sont partagées avec la clientèle de dialyse afin de prévenir les chutes à la maison.

Le suivi avec audit et l'analyse de l'indicateur BSI (Blood stream infection) et comparaison avec les exigences de Santé Québec démontre une amélioration significative du taux d'infection avec les patients qui ont des cathéters au lieu de fistules.

Les équipes sont encouragées à obtenir de façon structurée et confidentielle la perception des patients sur la qualité des services offerts et d'amener des améliorations si nécessaire. Un outil est en développement en dialyse.

Les équipes sont encouragées à évaluer la satisfaction de ses membres et d'amener des améliorations si nécessaire.

3.2.18 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

Prestation de soins chirurgicaux sécuritaires, de la préparation du client jusqu'à la salle de réveil et au congé, en passant par l'intervention même en salle d'opération.

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Section de normes : Normes relatives aux salles d'opération		
2.8	Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
6.1	L'équipe suit un processus pour enlever les poils de façon appropriée avant l'intervention.	!
Section de normes : Services de chirurgie		
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
11.6	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille, l'organisme ou l'équipe où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

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

Plusieurs initiatives ont été réalisées au cours des trois dernières années dans le cadre de l'amélioration de la qualité dans l'ensemble des services de chirurgie.

Des mesures de prévention des plaies de pression ont permis de réduire l'incidence de ces plaies de 23 % à 9 % depuis 2,5 ans.

La traçabilité des instruments retraités en ophtalmologie et des implants, à l'exception des plaques et vis en orthopédie, est maintenant chose faite. De plus, la presque totalité des autres instruments est maintenant marquée, ce qui devrait permettre de retracer tous les instruments retraités à très court terme.

La prise en charge des cas de fracture de la hanche par un médecin généraliste et une infirmière clinicienne spécialisée a permis une amélioration sensible de la qualité des soins et une réduction des recours aux lits de soins intensifs pour cette clientèle.

La prévention des thrombophlébites a valu un prix du « Safer Health Care » au cours de la présente année.

L'établissement est maintenant un des trois établissements canadiens à faire partie du National Surgical Quality Program (NSQP) des États-Unis. Il est le premier et le seul établissement du Québec à faire partie de ce programme qui regroupe environ 250 établissements auxquels il se compare en termes de qualité pondérée selon des critères stricts scientifiquement reconnus.

Section 4 Résultats qui découlent des outils d'évaluation

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

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- **Période de collecte de données : 3 janvier 2012 au 7 mars 2012**
- **Nombre de répondants : 19**

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

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
1	Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	0	100	94
2	Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	5	95	95
3	Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités dont clairement définis.	0	0	100	97

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
4	Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	95
5	Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	11	6	83	91
6	Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	5	95	95
7	Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	5	95	98
8	Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	97
9	Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	96
10	Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	11	89	93
11	Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	21	79	90
12	La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	94
13	La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	97

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	5	95	88
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	5	95	98
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	16	84	96
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	16	84	98
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	21	26	53	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	5	21	74	72
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	28	33	39	60
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	16	21	63	78
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	22	44	33	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	22	78	80
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	11	11	79	83
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	37	21	42	63

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	96
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	6	0	94	84
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	79
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	90
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	5	16	79	90
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	11	11	79	86
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	5	11	84	93
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	5	95	94
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	21	5	74	95
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	5	11	84	90

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
37	Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	93

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

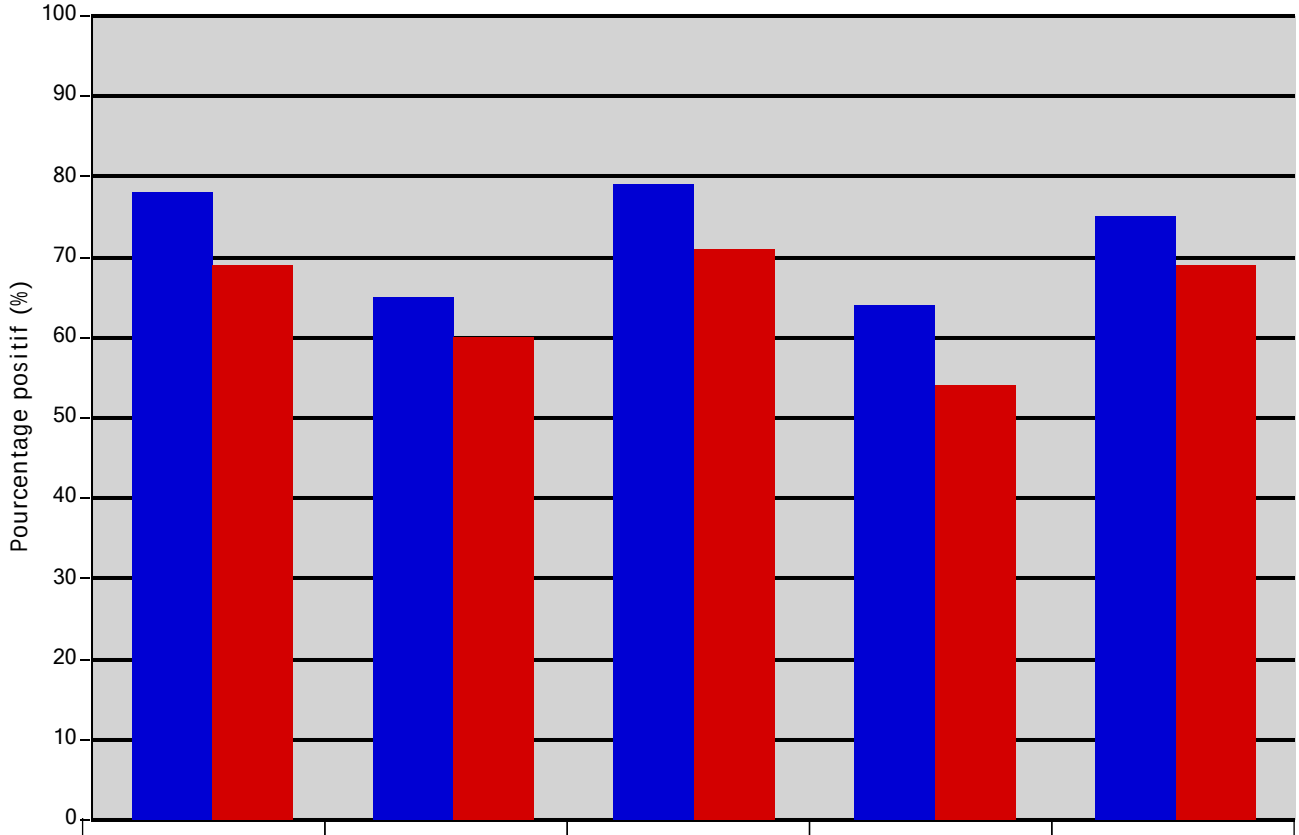
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

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

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

- **Période de collecte de données : 1 novembre 2011 au 23 mars 2012**
- **Taux de réponse minimum (fondé sur le nombre d'employés) : 357**
- **Nombre de répondants : 770**

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



	Soutien de la haute direction en matière de sécurité	Leadership des superviseurs en matière de sécurité	Culture d'apprentissage sur la sécurité des patients	Obstacles à la communication ou capacité de parler des erreurs	Perception de la sécurité des patients dans son ensemble
	78%	65%	79%	64%	75%
	69%	60%	71%	54%	69%

Légende

Hôpital général juif - Jewish General Hospital

* Moyenne canadienne

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

Annexe A Qmentum

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

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

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

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

Établissement d'un plan d'action

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

Examen des preuves et amélioration continue

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

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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