



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
**Qmentum**

---

# Rapport d'agrément

---

**Hôpital Shriners pour Enfants (Québec) Inc.**

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 5 au 8 juin 2017

Date de production du rapport : 8 août 2017

## Au sujet du rapport

Hôpital Shriners pour Enfants (Québec) Inc. (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 juin 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	12
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>14</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	15
Processus prioritaire : Gouvernance	15
Processus prioritaire : Planification et conception des services	17
Processus prioritaire : Gestion des ressources	19
Processus prioritaire : Capital humain	20
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	22
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	24
Processus prioritaire : Communication	25
Processus prioritaire : Environnement physique	26
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	28
Processus prioritaire : Cheminement des clients	29
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	31
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	32
Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	35
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	37
Ensemble de normes : Laboratoires médicaux - Secteur ou service	39
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	41
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	47
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	52

Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service	55
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>56</b>
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	56
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	60
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	62
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	64
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>65</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>66</b>

## Sommaire

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

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

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

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

## Décision relative au type d'agrément

Hôpital Shriners pour Enfants (Québec) Inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

### **Agréé avec mention**

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 5 au 8 juin 2017**

- **Emplacement**

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

1. Hôpital Shriners pour Enfants (Québec) Inc.

- **Normes**

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

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

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

***Normes sur l'excellence des services***

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
7. Laboratoires médicaux - Normes sur l'excellence des services
8. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
9. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
10. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
11. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
12. Transfusions - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
4. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur



## Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	36	1	2	39
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	44	0	2	46
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	436	2	46	484
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	85	5	1	91
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	163	3	5	171
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	30	0	2	32
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	627	30	68	725
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	42	0	2	44
<b>Total</b>	<b>1463</b>	<b>41</b>	<b>128</b>	<b>1632</b>

## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	44 (88,0%)	6 (12,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	1	79 (92,9%)	6 (7,1%)	1
Leadership	48 (96,0%)	2 (4,0%)	0	94 (97,9%)	2 (2,1%)	0	142 (97,3%)	4 (2,7%)	0
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Gestion des médicaments	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0	64 (100,0%)	0 (0,0%)	0	142 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Analyses de biologie délocalisées	36 (94,7%)	2 (5,3%)	0	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	76 (90,5%)	8 (9,5%)	2
Imagerie diagnostique	62 (100,0%)	0 (0,0%)	5	68 (100,0%)	0 (0,0%)	1	130 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Laboratoires médicaux	64 (100,0%)	0 (0,0%)	7	98 (97,0%)	3 (3,0%)	4	162 (98,2%)	3 (1,8%)	11
Réadaptation	42 (93,3%)	3 (6,7%)	0	75 (93,8%)	5 (6,3%)	0	117 (93,6%)	8 (6,4%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	86 (100,0%)	0 (0,0%)	2	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	126 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Services périopératoires et interventions invasives	111 (96,5%)	4 (3,5%)	0	103 (94,5%)	6 (5,5%)	0	214 (95,5%)	10 (4,5%)	0
Soins ambulatoires	44 (100,0%)	0 (0,0%)	2	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0	122 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Transfusions	25 (96,2%)	1 (3,8%)	49	15 (93,8%)	1 (6,3%)	53	40 (95,2%)	2 (4,8%)	102
<b>Total</b>	<b>680 (97,4%)</b>	<b>18 (2,6%)</b>	<b>65</b>	<b>741 (97,0%)</b>	<b>23 (3,0%)</b>	<b>61</b>	<b>1421 (97,2%)</b>	<b>41 (2,8%)</b>	<b>126</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	8 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Laboratoires médicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Transfusions)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2



## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'Hôpital Shriners pour enfants joue un rôle clé dans le traitement, les soins et la recherche visant à améliorer la vie des enfants. La fraternité et le réseau des Shriners reposent sur leur histoire, du site de l'avenue Cedar, près du Mont Royal, en 1925, au nouveau site Glen, à Montréal, en 2015. En plus de sa beauté et de son confort, l'immeuble dégage une atmosphère palpable de compassion et de guérison. Le décor, dans lequel chaque étage est assorti d'un thème qui représente les différentes régions du Canada, est charmant et réconfortant pour les enfants qui voyagent d'un bout à l'autre du Canada et qui viennent de l'étranger afin de recevoir des soins dans cet établissement de renommée mondiale.

Les membres du conseil d'administration sont élus par leurs temples Shrine partout au pays afin de servir, ce qu'ils font avec beaucoup de passion et de fierté. Le « livre rouge » fournit au Conseil des règles et une orientation pour l'adoption des politiques du siège social/de l'établissement principal. En tant que Maçons et Shriners, les membres du conseil soutiennent qu'ils sont « là pour les enfants », et les patients et les familles en sont sincèrement reconnaissants.

L'hôpital a conclu une entente avec le gouvernement du Québec en vertu de laquelle il fournit des soins spécialisés et contribue au développement de la recherche. De nombreuses découvertes et innovations ont pris forme à la suite des efforts des cliniciens qui travaillent à l'hôpital. L'organisme, qui cohabite avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) (campus Glen), est situé tout près de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME). Les études cliniques et les collaborations sont fortes au sein du partenariat entre l'Université McGill et l'Hôpital de Montréal pour enfants.

L'Hôpital Shriners pour enfants est décrit comme une famille; de nombreux membres du personnel dévouent leur carrière au complet à l'organisme. En 2016, on a embauché 70 nouveaux employés, pour un total de 321 employés. Pour maintenir le personnel en poste, les responsables des ressources humaines mettent en œuvre de nouvelles initiatives telles que des entretiens de fidélisation (en plus des entrevues de fin d'emploi). Compte tenu du nombre croissant d'employés, la direction est consciente qu'elle doit communiquer plus souvent avec eux et de façon plus diversifiée. Les séances de discussions ouvertes, les bulletins imprimés et électroniques, les affiches et les rencontres individuelles sont des moyens utilisés pour communiquer avec le personnel et les médecins.

Le nouvel hôpital a considérablement augmenté sa taille, sa superficie et son volume de services. L'histoire des Shriners et sa vision de « transformer la vie des enfants » sont perpétuées par une équipe interdisciplinaire de médecins, de personnel et de bénévoles dévoués. Il est impressionnant de remarquer que le nouveau modèle de soins élaboré par l'Hôpital Shriners pour enfants, au Canada, a été adopté par tous les hôpitaux Shriners du réseau. Pour des soins axés sur la famille, le personnel et les médecins adoptent l'approche FOCUSED (soins axés sur la famille et le patient, communication ouverte, collaboration, compréhension et compassion, sécurité et harmonie, expertise et éducation, recherche et pratiques exemplaires).

L'éducation de la prochaine génération de prestataires de soins de santé fait partie de la mission de l'hôpital. Le nouvel emplacement offre un environnement d'apprentissage technologique multimédia qui permet aux cliniciens d'accéder à un réseau d'information, comme la télémédecine, et leur donne la possibilité d'exercer à l'aide de simulations.

Étant donné que des patients de partout au Canada viennent dans ce centre spécialisé, le décor représentant diverses régions qu'on retrouve dans les aires de traitement et d'attente permet aux familles de se sentir comme chez elles. La lumière naturelle est diffusée dans l'immeuble et semble faire en sorte que tout le monde se sente mieux. Les patients et les familles apprécient les soins attentionnés et spécialisés qu'ils reçoivent. Pour les patients souffrant d'affections complexes qui durent toute la vie, il est souhaitable d'avoir une personne-ressource aide à coordonner les soins et à anticiper leurs besoins et qui fournit une « vue d'ensemble » des soins holistiques. En 2015-2016, l'Hôpital Shriners pour enfants a reçu le prix « Guardian of Excellence Award » de Press Ganey dans la catégorie « Patient Satisfaction », puisque sa moyenne générale de satisfaction des patients s'est constamment maintenue au-dessus des 95 pour cent. Les patients, les parents et les grands-parents ont mentionné que, même si le transfert vers le nouvel établissement était à la fois effrayant et excitant, l'esprit des Shriners était toujours présent.

Les partenaires de la communauté confirment que « l'endroit est exceptionnel ». Même s'ils souhaiteraient qu'il y ait une meilleure communication avec le personnel médical et que plus de place soit laissée aux étudiants, ils indiquent que l'organisme, qui travaille en partenariat, est bienveillant, accueillant, charitable, remarquable. Le nouvel immeuble et les partenariats renforcés ont été rendus possibles grâce au soutien généreux de la communauté, laquelle a amassé plus de 130 M\$ pour l'hôpital et la chaire de recherche musculosquelettique pédiatrique.

La direction de l'Hôpital Shriners pour enfants fait preuve d'un grand dévouement, étant donné qu'il s'agit du seul établissement Shriners au Canada parmi les 22 établissements du réseau des Shriners. En octobre 2015, l'organisme est déménagé à son nouvel emplacement, qui comportait une superficie deux fois plus grande, des chambres privées pour les patients, un espace consacré à la recherche et une clinique à la fine pointe de la technologie ainsi que des aires d'apprentissage et de réadaptation. La direction mérite des éloges pour avoir conclu des contrats de service, comme les services pharmaceutiques de l'HME, et pour avoir préparé le personnel, les médecins et les patients à la transition vers le nouveau site. À mesure que les volumes de services continuent d'augmenter (25 pour cent, de 2015 à 2016 seulement), la direction sera mise au défi de respecter les objectifs établis par le siège social des Shriners en respectant un budget défini. Il sera de plus en plus nécessaire de miser sur l'animation fondée sur l'écoute et le conseil, une des valeurs des Shriners, pour gérer de façon responsable et optimiser les avantages pour les patients.

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.	!
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	!
13.1 Le conseil d'administration divulgue au public l'information sur ses processus de gouvernance, de prise de décisions et de rendement.	!
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le conseil d'administration de l'Hôpital Shriners pour enfants est composé de dirigeants dévoués et expérimentés qui assument le rôle de servir la communauté des Shriners et de « transformer la vie des enfants » avec passion. En plus d'avoir la responsabilité de la viabilité financière de l'hôpital et des obligations redditionnelles des intervenants, les membres du conseil assument des fonctions de plus en plus importantes en tirant des leçons au sujet de la surveillance du secteur de la santé, et ils souhaitent

améliorer le fonctionnement de la gouvernance du conseil lui-même. Le conseil d'administration a travaillé fort pour se préparer en vue de la visite d'agrément, et il convient de saluer ses efforts.

Le conseil d'administration a mis sur pied les comités suivants en se fondant de l'orientation fournie par le siège social des Shriners, à Tampa : recherche, amélioration du rendement, relations publiques, installations et établissements, ressources humaines, finances et gestion de l'hôpital. Le président du conseil a apporté certains changements aux membres des comités du conseil en fonction d'une matrice de compétences et d'une représentation équitable. Le conseil d'administration se conforme à un code d'éthique, mais n'a pas de cadre d'éthique officiel. On encourage le Conseil des gouverneurs à demander à la direction d'élaborer un cadre d'éthique exhaustif, qui comprend une éthique de gouvernance dans le contexte des soins de santé, une éthique clinique et une éthique de recherche. Cela pourrait servir de référence à tous les échelons de l'organisme, tant au plan clinique qu'au plan administratif.

Les membres du conseil indiquent qu'ils reçoivent une certaine orientation afin de se préparer à leur rôle et ils estiment qu'ils reçoivent l'information suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions du conseil et aux prises de décisions. Un guide d'orientation serait une ressource utile pour les nouveaux membres ainsi que pour les membres actuels. Le Conseil des gouverneurs reçoit de l'information par courriel. La création d'un portail électronique pour y consigner les documents liés au conseil réduirait les impressions et pourrait augmenter le caractère privé et la confidentialité des renseignements.

Le conseil d'administration donne le ton concernant son engagement envers les valeurs des Shriners : l'excellence, l'innovation, l'engagement, l'intégrité, le travail d'équipe, l'animation fondée sur l'écoute et le conseil et de respect. Il reçoit régulièrement des présentations et des rapports afin de fournir une surveillance relativement au rendement et à la responsabilité.

Le conseil d'administration s'autoévalue à l'aide de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance d'Agrément Canada. On suggère qu'une évaluation du président du conseil soit réalisée et que le rendement individuel des membres du conseil soit examiné afin de continuer d'en apprendre sur le rendement du conseil et de l'améliorer. En outre, avec le financement public et l'appui du public, il pourrait être nécessaire qu'il y ait davantage d'occasions de divulgation publique au sujet des processus de gouvernance et de la prise de décisions connexes ainsi que du rendement. On pourrait utiliser des outils tels que le Guide to Good Governance ou mettre à profit d'autres cours et certifications.

Lorsqu'ils décrivent leur travail pour l'Hôpital Shriners pour enfants, les membres parlent d'un groupe qui « travaille en collaboration, qui souhaite apporter une contribution, qui est harmonieux et dont les membres s'entendent bien et qui fait partie de quelque chose de très spécial ».

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
6.5 La gestion du changement se fait à l'aide de stratégies et de processus structurés.	

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

L'hôpital s'engage à répondre aux besoins de ceux qu'il sert et collabore avec son siège social à Tampa ainsi qu'avec la communauté et ses intervenants pour soutenir les enfants et leur famille à l'aide de soins hautement spécialisés. L'Hôpital Shriners pour enfants a une fière tradition de prestation de soins cliniques, de recherche universitaire et d'enseignement. L'harmonisation entre la mission, la vision et les valeurs est fortement mise en pratique dans l'organisme.

Les partenaires de la communauté offrant un éventail de services et de programmes sont très élogieux à propos du rôle important que joue l'hôpital. Ils décrivent leur relation avec l'hôpital comme étant solide : des personnes-ressources clés sont disponibles et des liens sont établis à tous les échelons. Selon les partenaires de la communauté, l'organisme favorise l'innovation; ils ont le sentiment d'avoir la possibilité de contribuer à la planification des services et à la planification stratégique, plus particulièrement avant la transition vers le nouvel immeuble.

La mission, la vision et les valeurs sont le bastion de l'organisme depuis des décennies. Les hôpitaux Shriners des États-Unis, du Mexique et du Canada visent tous ce fondement commun. L'établissement principal fournit une orientation concernant les besoins de la communauté et la planification stratégique. On établit des objectifs en fonction du volume prévu de soins et, plus important encore, en fonction de l'expérience relative aux soins, grâce à un engagement visant à mesurer la satisfaction des patients. Le plan stratégique actuel couvre les années de 2014 à 2019. On établit un plan opérationnel annuel, ainsi que des plans de services des divers services, à l'aide d'objectifs clés et d'échéanciers. Les piliers comprennent des objectifs de mesure de la qualité et de la sécurité dans le cadre des piliers clinique, pédagogique et de recherche. Les tableaux de bord des services sont en place dans certains secteurs de service. Ils sont élaborés manuellement à l'aide du logiciel Excel. On encourage l'organisme à envisager des options pour la production de rapports qui sont moins demandantes en terme de main-d'œuvre et qui permettraient aux secteurs de service d'extraire des données.

L'Hôpital Shriners pour enfants a subi des changements importants lors du déménagement vers son nouvel emplacement. Chaque employé a été invité à visiter le nouvel emplacement, et on tient des séances de discussions ouvertes régulièrement afin d'accroître la communication. On s'est servi de la

théorie du changement de Kotter pour préparer le personnel avant le déménagement; toutefois, depuis la transition, les approches utilisées ont été plus intuitives, modifiées au jour le jour. L'organisme découvre qu'il renforce sa capacité et sa préparation de nouvelles façons, comme en mettant en place la formation réciproque des personnes ou en disposant de plus d'une personne dotée des compétences nécessaires. On a communiqué des exemples sur la mesure dans laquelle les médecins se sont « adaptés avec plaisir » au nouveau milieu et sur les répercussions positives des armoires à médicaments Omnicell grâce à la planification et à l'appui de l'établissement principal à Tampa.

Le personnel et les médecins mentionnent que le fait que la recherche se fasse au même endroit que la pratique clinique améliore le traitement et les soins. On aide les enfants qui sont transférés vers des établissements et des soins pour adultes en renforçant leur capacité afin qu'ils soient préparés et soutenus partout où ils vont. Les patients, le personnel et les médecins disent se sentir « bénis à l'hôpital Shriners ». Les patients et les familles sont la priorité; par conséquent, il n'y a pratiquement aucune liste d'attente pour les procédures chirurgicales. Les temps d'attente pour les soins ambulatoires sont surveillés attentivement, étant donné que, parfois, des circonstances telles que des pénuries imprévues de médecins supposent qu'il faut augmenter les heures et la flexibilité pour répondre aux besoins des patients.

La communauté médicale tient actuellement des discussions stimulantes afin de créer davantage de cliniques interdisciplinaires dans les multicentres. Le but serait de créer un service de soins musculosquelettiques, assorti de recherche et de résultats intégrés. On encourage l'organisme à documenter et à planifier les efforts à l'aide de chartes de projets afin de recueillir les communications, les décisions et les progrès. En outre, on suggère d'avoir un processus commun et officiel pour la gestion du changement.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Les priorités stratégiques sont intégrées dans la planification financière et tiennent compte de l'orientation établie dans la lettre avisant du statut d'agrément de l'établissement principal des Shriners à Tampa. Des objectifs sont fournis dans la lettre, et on s'attend à ce que tous les efforts déployés cadrent avec la mission des Shriners. Le gouvernement du Québec apporte également une contribution à l'hôpital, à hauteur d'environ 32 pour cent, sans compter la recherche. Même si les exercices diffèrent entre l'établissement principal des Shriners (année civile) et le gouvernement du Québec (du 1er avril au 31 mars), le personnel de l'hôpital est en mesure de gérer les attentes en matière de rapports et d'y répondre.

On a établi un calendrier et un processus relativement aux budgets de fonctionnement et d'investissement. La haute direction et les gestionnaires se rencontrent régulièrement afin de déterminer les pressions sur les coûts et la surveillance continue des budgets. Les gestionnaires reçoivent une formation et du soutien en ce qui concerne l'analyse des écarts et la surveillance des budgets. Un des avantages liés au déménagement au nouvel emplacement était l'occasion d'avoir du nouvel équipement pour améliorer l'expérience de soins pour les patients.

Chaque mois, un rapport sur les écarts est examiné par les gestionnaires des finances et des services dans ce modèle décentralisé. La salle d'opération a été décrite comme « le cœur de l'hôpital », et des implants et des instruments plus complexes entraînent une augmentation des coûts. On peut demander un rajustement budgétaire, lequel est examiné par les cadres supérieurs et le siège social. Voici un exemple de rajustement budgétaire : le besoin accru de services publics pour le nouveau site. Malgré les prévisions et les estimations, les coûts réels liés au chauffage/à la climatisation et à l'entretien de l'établissement sont plus élevés que prévu.

L'hôpital signale être sous-financé en raison de l'augmentation de la superficie, du nombre d'employés et de l'achalandage. Le conseil reçoit des rapports financiers chaque mois et assiste à des présentations en personne lors des réunions. Le trésorier du conseil contresigne les chèques pour les dépenses importantes. Les gestionnaires de première ligne reçoivent des données financières, y compris de détail des dépenses.

L'hôpital s'attaque à ses difficultés en matière de financement et à son déficit actuel en travaillant avec le gouvernement et le siège social des Shriners. Une vérification financière était en cours pendant la visite d'agrément.



## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
10.5 Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Depuis longtemps, l'Hôpital Shriners pour enfants prend soin de ceux qui s'occupent des patients. De nombreux employés et médecins disent qu'ils « se sentent comme une famille » à l'hôpital. L'équipe de soins élargie comprend non seulement les prestataires de soins directs, mais également ceux qui appuient le travail de l'organisme dans son ensemble, comme les bénévoles, le personnel de soutien et le personnel administratif. Les patients disent qu'on s'occupe bien d'eux et qu'ils sont au courant que, étant donné qu'il s'agit d'un hôpital d'enseignement, ils peuvent croiser des stagiaires dans le cadre de leurs soins. Les patients comprennent qu'ils jouent un rôle important dans la formation de la prochaine génération de prestataires de soins.

Lorsqu'on le lui demande, le personnel présente les forces de l'organisme comme étant « l'engagement envers les valeurs, les soins prodigués avec compassion et l'expérience du personnel et des médecins ». Les multiples stratégies, remerciements et prix ont favorisé une vie professionnelle positive. Des plans préliminaires sont mis en place en vue de transformer une aire d'entreposage située près des vestiaires en salle polyvalente/de détente du personnel/de conditionnement physique.

On signale que la relation avec les syndicats est bonne. Environ 25 pour cent du personnel est syndiqué. Le taux de maintien en poste du personnel est élevé, et de nombreux employés travaillent au sein de l'organisme depuis plus de 20 ans. Les membres du personnel qui ont travaillé dans d'autres centres pédiatriques apprécient les avantages qui leur sont accordés, comme des charges de travail raisonnables, des cliniques et des interventions prévues non urgentes, ainsi que du stationnement. On sent que la conciliation travail-vie personnelle et « les extra font la différence ». En plus de réaliser des entrevues de fin d'emploi, les responsables des ressources humaines planifient des entretiens de fidélisation sont planifiés par, au cours desquelles ils rencontrent les membres du personnel pour recueillir leurs commentaires au sujet de leurs six premiers mois et favoriser leur maintien en poste. Le personnel et les médecins déclarent qu'il n'est pas difficile de pourvoir les postes cliniques à l'hôpital, étant donné que les conditions sont excellentes. Il est passablement plus difficile de pourvoir les postes d'adjoints administratifs, étant donné que l'échelle salariale n'est pas concurrentielle avec celle du secteur public. On propose qu'un plan de gestion du personnel talentueux soit établi par les ressources humaines afin d'aider à documenter et à officialiser ce qui « est fait, mais qui n'est pas su ».

Même s'il y a certaines variations au chapitre de la réalisation de l'examen du rendement, l'hôpital dispose de plans initiaux pour revoir son approche relative aux examens du rendement. Les examens du rendement des cadres supérieurs sont effectués à un rythme plus élevé que ceux du personnel clinique et de soutien. À l'établissement principal des Shriners, on utilise l'outil électronique Halogen; toutefois, l'utilisation de cet outil nécessite des services de traduction et l'accumulation d'un volume important de descriptions d'emploi. La direction signale qu'on donne régulièrement au personnel une rétroaction verbale continue. On encourage l'organisme à s'engager davantage à effectuer des examens du rendement régulièrement.

Les dossiers de formation sont suivis électroniquement à l'aide du système en ligne SHINE. D'autres formations, comme les formations universitaires et les cours indépendants de l'hôpital sont répertoriés dans les dossiers des employés. Avant le déménagement au nouvel emplacement, un étudiant était embauché pour uniformiser chaque dossier d'employé afin d'en faciliter l'utilisation, à l'aide de sections déterminées, comme la lettre d'offre, la formation et l'expérience, les changements de poste, la rémunération, l'évaluation du rendement et les certificats.

L'étendue des responsabilités des gestionnaires est raisonnable, et le personnel déclare avoir le temps de s'entraîner à l'aide de simulations afin d'entretenir leurs connaissances. Même s'il s'agit d'un groupe relativement petit, les bénévoles jouent un rôle important, et leur dévouement améliore l'expérience des patients et des visiteurs. Les bénévoles reçoivent également une orientation et de la formation pour remplir leurs fonctions.

Les titres et compétences des médecins comprennent ceux du siège social à Tampa et ceux exigés par les lois du Québec. Il y a des attentes claires concernant ce qui est exigé et quels formulaires doivent être remplis pour répondre aux attentes. On offre une formation en ligne et en personne pour veiller à ce que toutes les exigences de l'hôpital soient respectées. Les nominations des médecins sont valides pour deux ans à la suite des examens réalisés par le comité d'examen des titres et compétences et le conseil. On estime que l'examen des titres et les renouvellements de nomination des médecins sont réalisés avec plus de rigueur, en raison des exigences du siège social à Tampa.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

La qualité est intégrée dans le plan de qualité et de sécurité des patients de 2016-2018, et le personnel y adhère. La qualité et l'agrément sont des moteurs notables de l'organisme, en plus des structures, des outils, de la communication et des ressources, pour appuyer le travail. Les projets et les initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité sont remarquables; toutefois, tout le monde n'est pas au courant des projets et des résultats. Parmi les projets importants, notons l'amélioration de la planification des congés, en raison d'une note plus faible (88 pour cent) que l'objectif visé par Press Ganey.

On a interrogé les patients et les familles pour connaître la façon dont, selon eux, on pourrait améliorer l'expérience liée aux congés. L'utilisation de tableaux blancs dans les chambres des patients a été bien accueillie par les parents, qui y écrivent leurs questions et s'en servent pour communiquer avec l'équipe de soins. Ces questions suscitent des discussions pendant les rondes interdisciplinaires au chevet du patient, lesquelles ont lieu une fois par semaine, le mercredi. Des plans provisoires ont été établis pour que ces rondes aient lieu deux fois par semaine, le mardi et le jeudi.

La structure hiérarchique concernant la qualité, de la sécurité des patients et la gestion des risques comprend un certain nombre de concepts sous-jacents à l'appui, comme le plan stratégique de l'établissement principal, la satisfaction des patients, l'agrément et le plan de mesures d'urgence ainsi que la reddition de comptes au comité de gestion des risques/de sécurité des patients et au comité d'amélioration du rendement du conseil. Un représentant des patients/des familles siège au comité de gestion des risques/de sécurité des patients. Il y a un soutien organisationnel à l'égard de la qualité, de la sécurité et du risque, et des rôles clés et du leadership appuient le travail. Il est utile d'avoir un soutien administratif en ce qui concerne les vérifications, lesquelles sont effectuées régulièrement en fonction d'un calendrier annuel. On prévoit d'examiner la possibilité de mettre en œuvre des rencontres relatives à la sécurité des patients. Le personnel a le sentiment qu'on reconnaît ses efforts en matière de sécurité dans le cadre de la dixième année du programme de reconnaissance de la sécurité des employés.

Pour donner suite au sondage sur la culture de sécurité des patients effectué au cours des dernières années, le service d'amélioration du rendement, de concert avec le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil multidisciplinaire, a élaboré et mis en œuvre un plan visant à promouvoir une culture juste ainsi qu'un environnement favorisant l'apprentissage en vue d'accroître l'aisance à signaler les incidents et les accidents. Les formulaires de signalement sont sur papier et comprennent un suivi et des copies. Le nombre de signalements faits par le personnel a augmenté, et le ratio est d'environ trois incidents pour un accident.

Le siège social des Shriners demande que les signalements d'incident/accident soient réglés dans un délai de 30 jours. Les médecins peuvent décrire leur rôle en ce qui concerne la divulgation aux patients et aux familles, comme l'exigent les lois du Québec. Du soutien émotionnel est en place pour les familles, le personnel et les médecins, au besoin.

Des politiques et des procédures en ligne sont facilement accessibles au personnel; elles sont régulièrement examinées et sont mises à jour tous les trois ans. Plus récemment, les brochures sur la sécurité ont été passées en revue et mises à jour. L'Hôpital Shriners pour enfants est unique au Canada et, par conséquent, a traditionnellement eu accès à des ressources au-delà du financement gouvernemental habituel. Il sera important de continuer d'être de bons gestionnaires des ressources et d'utiliser les données relatives aux résultats et à l'expérience des patients pour améliorer les processus, gagner de l'efficacité et améliorer les soins.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.13 Le cadre d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions éthiques des activités de recherche menées par l'organisme ou auxquelles il participe.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les processus d'éthique sont distincts pour ce qui est des soins cliniques et de la recherche. Il n'y a pas de cadre d'éthique général. On encourage l'organisme à élaborer un cadre d'éthique complet pour appuyer le conseil et tout le personnel, les médecins et les bénévoles dans leur travail.

Le comité d'éthique clinique est formé de membres du personnel provenant de divers services et occupant des postes de direction. Le comité est présidé par un éthicien clinique expert travaillant pour l'hôpital sur une base contractuelle. Le comité a décrit ses plans, au moyen d'ébauches initiales des nouveaux documents relatifs à l'éthique, et a indiqué qu'on sollicitera les commentaires et la rétroaction des parents et des patients. Parmi les types de dilemmes éthiques auxquels fait face l'organisme, mentionnons l'allocation des ressources et la façon de décider qui obtient du financement pour des prothèses. Le comité a également décrit le succès des dîners-formation sur l'éthique qui comprennent des principes d'éthique ainsi que des scénarios et des vidéos favorisant l'apprentissage.

Il y a un engagement à renforcer la capacité au chapitre de la sensibilisation à l'éthique et de la connaissance de celle-ci, et on encourage l'organisme à officialiser le besoin en matière d'éducation. Les examens relatifs à l'éthique pour la recherche sont réalisés par le bureau sur l'éthique de la recherche (un conseil d'examen mis sur pied par l'organisme) en association avec l'Université McGill. Cela assure que les mesures de protection requises sont prises en ce qui a trait à la conduite scientifique et éthique dans les recherches auxquelles participent des êtres humains. De plus, le réseau des hôpitaux Shriners dispose également d'un bureau de recherche au siège social qui supervise tous les projets de recherche. L'organisme est fier des nombreux projets de recherche en cours dans quatre programmes et, plus particulièrement, de recevoir un financement concurrentiel des Shriners et d'autres bailleurs de fonds de la recherche à l'échelle nationale.

## Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Étant donné qu'il s'agit du seul hôpital Shriners au Canada, la communication est particulièrement importante, tant à l'interne qu'à l'externe. On a particulièrement mis l'accent sur le déménagement et la transition vers le nouvel emplacement depuis octobre 2015. Les changements comprenaient une augmentation du personnel de plus de 30 pour cent, ce qui a créé de nouvelles difficultés relativement à la communication interne. Le personnel déclare que la communication dans un immeuble plus petit était régulière et fréquente parce que « nous nous rencontrons dans les couloirs ». L'organisme utilise maintenant des stratégies supplémentaires pour communiquer avec le personnel.

Les stratégies de communication comprennent des séances de discussion ouverte, des écrans affichant des renseignements, des bulletins sur papier et électroniques, des réunions de comités, l'utilisation des médias sociaux, des tableaux d'affichage et des rencontres individuelles. On espère créer un « sentiment d'appartenance » dans le nouveau cadre. Les partenaires de la communauté ainsi que les patients et les familles déclarent qu'il y a une bonne communication bidirectionnelle avec l'organisme et ils en sont très reconnaissants. Les patients et les familles en connaissent davantage sur les technologies, et on a établi des plans préliminaires pour tenter d'assurer une présence sécuritaire sur les blogues des parents.

À l'externe, l'établissement principal commence à se servir de messages d'intérêt public. On veut que des ambassadeurs des patients et des parents appuient la communication externe pour cet emplacement.

On a mis en place un dossier médical électronique (DME) et on utilise des formulaires du bureau principal à Tampa pour assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements. Des séances de formation et des journées portes ouvertes sont menées de concert avec le service des archives médicales afin de communiquer des renseignements au personnel et aux médecins et de répondre aux questions. On se sert des empreintes digitales pour l'accès à l'armoire de médicaments Omnicell et d'une carte à puce pour la sécurité et pour l'accès aux dossiers électroniques. L'accès est limité aux exigences cliniques de chaque employé.

Certaines politiques sont générées et mandatées par l'établissement principal, et d'autres sont élaborées à l'échelle locale. Les patients âgés de plus de 14 ans ainsi que les parents peuvent donner leur consentement en ce qui concerne l'accès aux renseignements qui figurent dans leur dossier de santé et l'obtention d'une copie de ceux-ci.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le nouvel Hôpital Shriners pour enfants est un établissement à la fine pointe de la technologie, qui bénéficie d'une infrastructure des plus récentes et des plus sophistiquées. L'endroit est moderne et bien équipé et il dispose d'aires attrayantes décorées selon des thèmes portant sur la nature qui sont agréables et invitants tant pour les enfants que les adolescents.

Les zones cliniques sont spacieuses, bien entretenues et dégagées. Les zones sont bien éclairées grâce à une lumière naturelle. Certains endroits sont remarquables, comme la salle de classe, les aires de réadaptation et la cafétéria, ce qui fait de l'hôpital un endroit extraordinaire où travailler ou recevoir des soins.

La signalisation dans certaines zones, comme celle de l'unité de soins ambulatoires, est claire et efficace. Dans d'autres zones, comme celles qui se trouvent à la sortie des ascenseurs, la signalisation pose davantage de problèmes.

L'installation physique est conçue pour faciliter le cheminement des patients, comme en témoigne le co-positionnement des secteurs de soins ambulatoires et de l'imagerie diagnostique, qui sont reliés aux deux extrémités. Le bloc opératoire est consacré aux services périopératoires. La conception suit le cheminement du patient, elle est judicieuse et fonctionnelle et permet d'élargir les services.

L'organisme a incorporé à la nouvelle installation physique de nombreux éléments conçus à des fins d'économie d'énergie, comme le positionnement de l'immeuble vers le sud-ouest, ce qui optimise la lumière naturelle dans l'immeuble. Le fait que ce dernier est attenant au métro permet au personnel et aux familles d'utiliser les transports collectifs et donc d'économiser du carburant. Les capteurs de lumière ainsi qu'un programme de recyclage rigoureux aident à réduire au minimum les répercussions que l'organisme a sur l'environnement.

L'infrastructure et les contrôles mécaniques du système de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC), de l'eau et de l'alimentation électrique sont tous centralisés et contrôlés électroniquement. Les systèmes sont connectés à un dispositif de surveillance électronique qui alerte les postes informatiques de commande centrale pendant les heures d'ouverture ainsi qu'un responsable de l'entretien.

Tous les systèmes ont des capacités inutilisées supplémentaires importantes qui garantissent que l'alimentation électrique est maintenue et bien contrôlée pendant les périodes de service et les pannes de système. Les zones à haut risque, comme les gazoducs, les connexions à pression et les régulateurs sont vérifiés annuellement. Des réservoirs de secours sont entreposés.

Des systèmes d'appoint sont en place pour réduire les répercussions des pannes de services publics. L'organisme dispose de deux générateurs de secours qui ont une capacité non utilisée considérable une fois mis en marche. La réserve d'eau chaude est soutenue par la chaudière de l'Hôpital de Montréal pour enfants situé juste à côté. Des vérifications de routine des systèmes de secours ont lieu régulièrement.



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

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

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

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

L'hôpital a travaillé fort pour mettre en place des mesures d'urgence dans le nouveau et plus grand site, qui accueille plus de personnel et de patients. Un comité de coordination de la gestion des situations d'urgence assure la surveillance et le soutien de la préparation en vue de situations d'urgence. Le programme Compliance 360 pour la gestion des politiques des Shriners comprend un plan écrit de préparation en vue de situations d'urgence.

L'organisme dispose d'un service d'incendie privé composé de membres du personnel ayant une formation spécialisée pour intervenir en cas d'incendie. Le système d'avertisseur d'incendie est relié par câble dans tout le site Glen afin que tous les organismes sur place puissent voir le tableau incendie. L'organisme s'est coordonné avec ses partenaires du site pour faire face aux catastrophes.

On a communiqué des exemples de leçons tirées de catastrophes possibles et réelles, comme une panne de téléphone ou d'électricité. Dans ces exemples, les téléphones d'urgence Cisco ont été utilisés pour la communication, et une séance d'information a été tenue immédiatement après et plus tard, lorsque les examens officiels ont été effectués.

On effectue régulièrement des exercices de simulation (les plus récents étaient une alerte à la bombe et un tireur actif) avec l'appui de la police de Montréal. D'autres exercices de simulation sont prévus pour l'automne, et on encourage l'organisme à s'assurer que tous les codes sont mis à l'essai régulièrement. Des listes d'avertissement pyramidal d'urgence et des listes préétablies de courriels de gestionnaires sont mises à la disposition du personnel de sécurité afin que l'on soit prêt à communiquer en cas d'urgence, au besoin.

Pour ce qui est de la continuité des activités, on peut retirer une clé de donnée des ordinateurs de l'unité et on a mis en place des procédures de secours relatives aux temps d'arrêt pour les employés. Des services publics de secours sont en place, et de la nourriture et de l'eau sont entreposées en vue d'une urgence à court terme, au besoin.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

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

L'accès en temps opportun à des soins orthopédiques spécialisés pour traiter des maladies complexes est une mission essentielle de l'organisme. L'Hôpital Shriners pour enfants traite en pédiatrie des patients provenant non seulement du Québec, mais également de partout au Canada et à l'étranger. Dans la plupart des organismes, le concept de cheminement s'applique au service des urgences de l'organisme; cependant, étant donné que l'hôpital ne dispose pas de service des urgences, la pratique organisationnelle requise pour ce processus prioritaire ne s'applique pas. Toutefois, il est essentiel qu'il y ait des processus de cheminement simplifiés dans chaque service, comme les cliniques de soins ambulatoires, le service de réadaptation ainsi que la salle d'opération et l'unité de soins, pour servir cette population spécialisée en temps opportun.

Pour de nombreux patients, la clinique de soins ambulatoires est le premier point d'entrée dans l'organisme. D'importants embouteillages qui ont une incidence sur le cheminement ont été signalés par le personnel et observés au cours de la visite d'agrément; ceux-ci varient selon le jour de la semaine. Les principaux problèmes remarqués par les équipes sont le manque d'harmonisation au sein des cliniques tout au long de la semaine, les retards relativement à l'accès en temps utile à l'imagerie diagnostique pendant que les cliniques sont congestionnées et les retards dans les heures de début. L'équipe de soins ambulatoires met sur pied un projet pour enquêter sur ces problèmes. On encourage l'équipe à poursuivre ce projet et à présenter ses résultats à la direction afin que les problèmes puissent être réglés.

Une fois que les patients ont été évalués et triés convenablement en vue d'une intervention chirurgicale, on les inscrit sur une liste d'attente. Le site respecte les objectifs provinciaux relatifs aux listes d'attente en ce qui a trait à la chirurgie électorale, et le temps d'attente ne dépasse pas un an. Les temps d'attente sont variables entre les groupes chirurgicaux; cependant, si l'état d'un patient se détériore, sa priorité est réévaluée dans son groupe respectif. Tous les patients sont inscrits dans le système provincial SIMASS, et, chaque mois, les données relatives aux listes d'attente sont renvoyées à l'établissement. L'approbation finale de l'horaire de la salle d'opération est donnée par le chef du service de chirurgie, lequel est responsable de l'allocation finale du temps d'intervention chirurgicale. Il est très rare que des cas de chirurgie soient annulés.

Depuis le déménagement dans le nouvel établissement, l'unité de soins a élaboré une approche plus collaborative à l'égard du cheminement avec l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME). Historiquement, les patients ayant subi une chirurgie qui nécessitait des soins de courte durée de niveau plus élevé recevaient tous leurs soins périopératoires à l'HME. Ce n'est plus le cas. Une fois que les patients n'ont plus besoin de soins postopératoires de courte durée de niveau plus élevé à l'HME, ils sont transférés

directement à l'unité de soins de l'organisme pour le reste de leur séjour. Le gestionnaire des chirurgies prend pleinement part aux réunions hebdomadaires relatives à la tournée des lits de l'Hôpital de Montréal pour enfants et est très proactif à l'égard de la planification. Cela a permis un cheminement harmonieux des patients entre les organismes.

Étant donné que l'unité de soins dispose souvent de lits inoccupés, elle soutient également à l'Hôpital de Montréal pour enfants lorsque ce dernier est rempli à pleine capacité en acceptant le transfert de patients stables qui viennent de subir une chirurgie. Cette collaboration entre les organismes visant à favoriser l'accès aux soins est un excellent exemple de partenariat, et la gestionnaire des patients hospitalisés mérite des éloges pour son travail de simplification des processus visant à faciliter cette tâche. Il n'y a pas de structures ni de rôles officiels à l'Hôpital Shriners pour enfants visant à examiner de façon générale l'accès et le cheminement pour tout le site, mais comme l'organisme croît et que la demande d'accès augmente, on encourage la direction à envisager d'établir certaines stratégies normalisées intégrées dans l'ensemble du site à l'égard du cheminement afin de régler les problèmes dans tout le système, de sorte que le cheminement fasse partie intégrante de la culture de l'organisme.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

L'unité de retraitement des dispositifs médicaux est située au même endroit que le bloc opératoire. L'aire est propre, bien équipée et organisée, et elle est dotée de surfaces en acier inoxydable faciles d'entretien. L'accès à l'aire de service est restreint, comme il se doit. Sur le plan fonctionnel, il y a une séparation claire entre les éléments propres et les éléments souillés. L'équipement médical circule à sens unique, passant de souillé à propre, d'un bout à l'autre de la gamme des services de retraitement.

Le nettoyage et le retraitement sont gérés à l'interne, sauf pour de l'équipement spécifique, qui est confié à des fournisseurs externes. Ces contrats sont surveillés afin d'assurer la qualité des services offerts. On se sert de la stérilisation rapide pour les situations d'urgence uniquement dans la salle d'opération. Un rapport est produit pour chaque utilisation et est gardé pendant cinq ans.

L'équipe dispose de politiques et de procédures pour orienter ses activités. L'organisme suit un processus établi pour gérer les rappels d'équipement lorsqu'il y a un problème avec la stérilisation. Ce processus comprend la production d'un rapport écrit ainsi que la transmission d'un avis au secteur touché. Les rapports sont gardés pendant cinq ans.

L'équipe de retraitement est formée de trois employés pleinement qualifiés et est soutenue par le personnel infirmier de la salle d'opération, au besoin. Les membres de l'équipe reçoivent une formation spécialisée pour les aider dans leurs fonctions. Un processus d'orientation solide est en place pour les personnes nouvellement nommées.

L'organisme a conclu des contrats d'entretien préventif pour tout l'équipement. Le programme est géré au moyen du logiciel Total Maintenance System, qui indique les horaires de service pour tout l'équipement. On a élaboré un plan quinquennal pour gérer le remplacement de l'équipement et des appareils.

L'organisme a mis au point un processus normalisé pour se procurer de l'équipement et des appareils médicaux. À l'interne, après que le secteur clinique réalise son étude en comité en vue de déterminer l'équipement nécessaire, une demande est envoyée à l'agent d'approvisionnement dans le cadre d'un processus de planification des biens d'équipement. On effectue une série d'étapes visant à déterminer les fournisseurs, à obtenir des prix ainsi qu'à examiner et à choisir l'équipement avant de demander l'approbation de l'établissement principal.

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

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

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

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

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

### **Épisode de soins**

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

### **Aide à la décision**

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### **Impact sur les résultats**

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

### **Gestion des médicaments**

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

### **Prévention des infections**

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

### **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.

**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.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

**Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.1 L'organisme dispose d'une politique qui définit clairement les liens hiérarchiques et contractuels ainsi que les rôles et les responsabilités en ce qui concerne les ADBD.	
1.3 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou le professionnel de la santé ayant les compétences requises travaille avec un comité interdisciplinaire de professionnels pour définir la gamme des services d'ADBD et superviser leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement des professionnels de la santé qui effectuent des ADBD.	
4.6 Le directeur du laboratoire ou un professionnel de la santé ayant les compétences requises vérifie et évalue annuellement l'efficacité des PON et les modifie au besoin, de même que les activités de formation ou les processus de contrôle.	
5.8 L'organisme vérifie si les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD utilisent seulement le numéro d'identification unique qui leur a été assigné.	

5.9 Dans les cas où l'organisme utilise différents types d'équipements d'ABBD pour réaliser la même procédure, le directeur du laboratoire de biologie médicale ou un professionnel de la santé ayant les compétences requises travaille avec le laboratoire de biologie médicale pour assurer la reproductibilité du résultat d'ABBD.



9.4 Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.



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

#### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'utilisation d'équipement pour l'analyse de biologie délocalisée (ABBD) est en croissance partout dans le monde. S'il est utilisé convenablement, cet équipement présente de nombreux avantages pour les médecins et les patients; toutefois, s'il n'est pas utilisé convenablement, il pourrait entraîner des répercussions importantes pour la sécurité des patients. Le coordonnateur des ADBD à l'Hôpital Shriners pour enfants est une personne dynamique qui a accompli un travail immense dans ce domaine.

Les utilisateurs connaissent la participation du laboratoire, et leur collaboration avec ce dernier est excellente. On utilise des contrôles de qualité des ADBD internes et externes. Les résultats du contrôle de qualité sont surveillés par le coordonnateur des ADBD ainsi que par le gestionnaire et le directeur du laboratoire. Lorsqu'on décèle un cas de non-conformité, des mesures correctives sont prises immédiatement.

Il importe de maintenir la qualité de ce programme ainsi que la collaboration avec les utilisateurs. On encourage l'organisme à remettre sur pied un comité interdisciplinaire de l'ABBD qui relève de la direction du laboratoire.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>

L'organisme est situé sur le campus, juste à côté de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME), et a conclu une entente officielle avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) pour des contrats de service pharmaceutiques contractuels afin d'assurer à ses patients la prestation de soins pharmaceutiques de qualité qui sont sécuritaires, continus et accessibles. Le CUSM est entièrement responsable et offre tous les services de pharmacie en conformité avec les normes d'Agrément Canada, y compris tous les médicaments, les fournitures connexes, l'entreposage et le transport, et les services sont facturés à l'Hôpital Shriners pour enfants. Selon l'entente, l'organisme est responsable des installations appropriées, de l'entreposage et de la sécurité de tous les médicaments ainsi que des Omnicells, un système de distribution des médicaments, et d'autres systèmes de distribution dans tout l'établissement.

L'entente comprend également la prestation de services par des pharmaciens professionnels, y compris la validation d'ordonnances, l'analyse du profil pharmaceutique, la vérification de la posologie, la préparation de composés stériles, la supervision de la distribution ainsi que la surveillance clinique et le soutien de tout le personnel de l'Hôpital Shriners pour enfants. Il s'agit d'un service à temps plein qui comprend un service d'appel après les heures normales, lorsque la pharmacie est fermée à l'HME/au CUSM.

Le personnel de l'HME/du CUSM supervise les comités sur les médicaments et la qualité et les vérifications de normes, tout en étant responsable de toutes les politiques et procédures ainsi que de la configuration d'Omnicell, des listes des approvisionnements, du suivi clinique, de l'intégration dans les rondes des médecins et du personnel infirmier, de la création du formulaire pharmaceutique et de son maintien à jour ainsi que des formations à l'interne. Un technicien en pharmacie à temps plein est responsable du remplissage quotidien, du réapprovisionnement des Omnicells, du stock et des narcotiques, de la préparation et de la distribution d'intraveineuses, y compris l'épidurale, de pompes d'analgésie contrôlées par le patient, d'antibiotiques et de médicaments à dose unique par voie orale. Le technicien en pharmacie est la personne ressource de la pharmacie parmi les sites. Il s'agit d'un employé du CUSM qui est pleinement intégré et accepté comme faisant partie de l'équipe de l'Hôpital Shriners pour enfants, qui a des interactions quotidiennes (du lundi au vendredi) avec le personnel de première ligne et de direction et qui joue un rôle clé visant à garantir et à planifier un approvisionnement adéquat qui répond aux besoins des patients.



Le personnel de la pharmacie adopte les meilleures pratiques et respecte toutes les normes en ce qui a trait à la préparation stérile et à la circulation de l'air dans le CUSM nouvellement construit, ce qui soutient les services de pharmacie tant pour les soins aux adultes que pour la pédiatrie. Les pharmaciens pour les soins aux adultes ne sont pas les mêmes que ceux pour la pédiatrie, et il y a au bureau de la pédiatrie un ordinateur ainsi qu'une imprimante réservés au site des Shriners. Tous les services sont normalisés entre les sites et pleinement intégrés, ce qui assure la sécurité des systèmes avec l'élargissement du système informatisé d'entrée des ordonnances à l'intention des médecins ainsi que les alertes incluses dans le système et le dossier médical électronique (DME) à l'Hôpital Shriners pour enfants. Les salles de médicaments respectent les meilleures pratiques; elles sont équipées de portes qui ferment à clé, d'un identificateur pour l'accès et de caméras ainsi que d'un système d'identificateur par empreintes Omnicell (système de distribution des médicaments) pour la distribution des médicaments. Des vérifications normalisées et des rapports de conformité sont effectués à l'aide de rapports électroniques qui sont envoyés au personnel d'encadrement clinique. Toutes les erreurs liées aux médicaments sont signalées et examinées par le comité de leadership clinique. Le personnel reçoit une orientation officielle concernant Omnicell, le système de distribution de médicaments, ainsi que les pompes intelligentes, en ligne au moyen de la plate-forme SHINE et en personne dans les secteurs cliniques.

Il y a une très bonne compréhension au chapitre de la responsabilité, et le personnel a adopté le nouvel Omnicell, le système de distribution de médicaments, ainsi que la technologie des chariots d'anesthésies dans tous les secteurs depuis l'ouverture de l'établissement. Toutes les pratiques organisationnelles requises sont respectées en ce qui concerne les normes relatives aux médicaments.

La prestation de services de pharmacie entre les deux organismes est exemplaire et harmonieuse. Un programme de prévention des infections et de gérance des antimicrobiens contrôlés oriente les meilleures pratiques. Les vérifications actuelles indiquent certains problèmes au chapitre de la conformité, et on encourage la direction à continuer de collaborer avec le personnel afin d'améliorer la conformité. Cela ne devrait pas être difficile, étant donné que les dirigeants sont au courant des failles et savent quels fournisseurs ne sont pas conformes.

## Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>

Les services d'imagerie diagnostique sont situés dans le même secteur que les cliniques de soins ambulatoires. Cette disposition facilite le déplacement des patients entre les deux secteurs et permet aux fournisseurs dans les deux secteurs d'interagir et de se consulter au sujet des soins cliniques.

Dans ce secteur clinique, les patients ont accès à une aire d'attente thématique agréable et amicale et à une zone pour l'inscription qui garantit le respect de la vie privée et la confidentialité des patients. La signalisation dans ce secteur est claire, et les zones d'accès restreint sont bien identifiées.

Les services offerts comprennent des rayons x et des études sur la densité osseuse, pour les cas acheminés à l'interne seulement. Les patients qui doivent subir d'autres tests sont aiguillés vers d'autres établissements. On offre des services transférables aux patients dans la salle d'opération ou à ceux dans l'unité de soins qui ne sont pas en mesure d'aller au service.

L'équipe d'imagerie diagnostique surveille les paramètres de rendement, y compris le niveau d'utilisation des services et les temps d'attente. L'équipe recueille régulièrement les commentaires de ses patients. Les patients ont indiqué que le temps d'attente pour les procédures posait un problème.

Les membres des équipes de soins ambulatoires et de soins médicaux ainsi que l'équipe d'imagerie diagnostique elle-même ont également indiqué que l'accès à l'imagerie était un obstacle pour le cheminement efficace des patients. Parmi les facteurs qui contribuent à l'augmentation du temps d'attente vécu par les patients, les pics de demande qui correspondent aux périodes les plus achalandées des soins ambulatoires et les soins cliniques qui commencent en retard.

En collaboration avec l'équipe de soins ambulatoires, l'équipe d'imagerie diagnostique a mis sur pied un projet visant à comprendre les problèmes relatifs à l'accès et au cheminement. Le projet en est à la phase de l'analyse des données. L'équipe prévoit élaborer et formuler des recommandations qui seront présentées au Comité de la qualité pour ces secteurs cliniques. On encourage la direction de l'organisme à traiter ces recommandations de façon prioritaire une fois qu'elles auront été présentées.

L'équipe met en œuvre la stratégie de prévention des chutes de l'organisme. L'équipe réalise d'autres évaluations des patients relativement aux procédures particulières qui présentent des risques connexes supplémentaires. On utilise deux identificateurs propres aux patients pour vérifier leur identité.

L'organisme est en train d'élaborer un outil électronique pour évaluer le rendement. Le rendement des membres de l'équipe est évalué à l'aide d'un outil normalisé, mais la réalisation de l'évaluation du rendement n'est pas uniforme.

Les activités d'amélioration de la qualité et les apprentissages sont communiqués à l'organisme, aux prestataires de services, aux patients et aux familles, de façon informelle.

## Ensemble de normes : Laboratoires médicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>	
11.3 L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
16.4 L'équipe utilise de l'eau extrapure pour préparer les fournitures, les réactifs ou les milieux de culture, tel que stipulé dans la PON.	
17.3 L'équipe vérifie régulièrement la qualité de l'eau pour veiller à ce qu'elle corresponde aux instructions du fabricant et l'analyse dès que des problèmes surviennent.	

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire**

Les ressources humaines sont un des atouts les plus importants du laboratoire. Le personnel est motivé et désireux d'apprendre. Le directeur et le gestionnaire du laboratoire sont toujours disponibles pour aider le personnel.

Le gestionnaire du laboratoire est membre de différents comités interdisciplinaires, et la collaboration entre le laboratoire et les autres services est excellente.

L'équipement convient aux besoins du laboratoire.

De nombreuses procédures opératoires normalisées (PON) sont mises au point. On encourage les responsables du laboratoire à continuer d'élaborer les PON manquantes et à examiner régulièrement celles qui sont en place.

Les analyses d'histologie, de cytologie, de pathologie et de microbiologie sont envoyées au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), tout comme la plupart des analyses d'hématologie et de biochimie.

Les délais du CUSM sont très bons, et les médecins sont satisfaits du service de ce dernier.

Un contrôle de qualité interne et externe est effectué pour toutes les analyses effectuées au laboratoire. Les rapports de contrôle de la qualité sont examinés par le gestionnaire et le directeur du laboratoire, et des mesures correctives sont prises, au besoin.

Le laboratoire a de l'expertise en biologie moléculaire et en histomorphométrie. En raison de la collaboration étroite du laboratoire avec les laboratoires du CUSM, de son volume d'analyses en

hématologie et en biochimie et de son expertise en biologie moléculaire et en histomorphométrie, on encourage l'organisme à évaluer différentes options afin d'optimiser ses ressources humaines et matérielles.

Le laboratoire a conclu un contrat d'entretien préventif avec les fabricants pour la plus grande partie de l'équipement.

L'espace est adéquat pour les activités du laboratoire, sauf pour ce qui est de l'aire réservée à l'anatomie pathologique.

---

## Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>

L'équipe a accès à un spécialiste en maladies infectieuses de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME), lequel fait partie de l'équipe.

L'équipe utilise une approche à multiples facettes pour favoriser la prévention et le contrôle des infections, qui comprend des séances de discussion ouverte, des dîners et des réunions du groupe clinique; une diffusion en continu à la télévision, des bulletins et des kiosques dans l'hôpital.

Le personnel reçoit une formation et une certification au chapitre de la manipulation des aliments. L'organisme fait l'objet d'un examen externe annuel de ses politiques et de ses procédures relatives à la manipulation des aliments, au nettoyage et à l'hygiène.

L'organisme a élaboré des politiques et des procédures qui sont conformes aux règlements, aux meilleures pratiques fondées sur des données probantes et aux priorités organisationnelles. Ces politiques et procédures sont élaborées à l'aide des renseignements obtenus par l'entremise des partenaires du milieu universitaire, de la santé publique et de l'hôpital.

On fournit aux patients et aux familles des documents d'information au sujet des pratiques courantes de prévention de l'infection et de lutte contre celle-ci, et ils ont accès aux ressources relatives à l'hygiène des mains et à l'équipement de protection individuel, le cas échéant.

L'organisme a une politique d'immunisation en place. On offre des vaccins au personnel.

L'organisme respecte les exigences provinciales relatives à l'immunisation et la déclaration obligatoire. Elle évalue une base de données électronique qui permettra un suivi et affichera des rappels, au besoin.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) surveille la conformité à l'aide de vérifications directes et d'enquêtes auprès des patients. Les résultats sont communiqués au sein de l'organisme et au conseil d'administration.

On effectue un suivi et une analyse des infections afin de cerner les éclosions et les tendances. On communique à l'organisme des recommandations pour éviter qu'elles se reproduisent de nouveau.

Depuis le déménagement au nouveau site, l'équipe continue d'élaborer et de modifier les protocoles du nouveau site. Elle a joué un rôle clé dans la mise à l'essai des produits, a élaboré de nouvelles pratiques courantes d'entretien et a collaboré avec des écoles de formation afin d'offrir la certification exigée relativement au contrôle des infections à tout le personnel qui sera embauché au nouvel emplacement.

On a consulté l'équipe de PCI relativement à la planification, à la conception et à la construction de ce nouvel hôpital. Depuis le déménagement au nouvel établissement, on a nommé un nouveau praticien de la PCI, qui doit relever le défi d'élaborer et de modifier le programme et d'y intégrer les besoins relatifs au nouvel espace et les normes actuelles.

Une partie du défi du nouveau praticien de la PCI consistera à veiller à ce que les normes de PCI de l'organisme continuent de respecter les normes provinciales et nationales, défi qui peut exiger la recommandation d'entrée de jeu de rénovations au sein de la nouvelle installation physique. On a notamment remarqué au sein de l'organisme que les trémies ont été installées dans les salles de rangement du matériel souillé. Les normes actuelles recommandent que l'on cesse l'utilisation des trémies ouvertes dans les salles de rangement du matériel souillé et qu'on les ferme afin de réduire leur utilisation. Étant donné que les actuelles salles de rangement du matériel souillé sont petites, le retrait des trémies pourrait permettre une meilleure utilisation de l'espace et créer un meilleur environnement qui répond à une norme plus élevée de contrôle des infections.

## Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
13.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!



15.10 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

La réadaptation est un des programmes phares à l'Hôpital Shriners pour enfants. Il s'agit d'un service bien établi qui est offert sur place dans les milieux des soins ambulatoires et des soins de courte durée. L'équipe de réadaptation comprend des ergothérapeutes et des physiothérapeutes ainsi qu'un thérapeute en réadaptation qui collabore avec les physiothérapeutes, un préposé aux bénéficiaires dont la fonction principale est de nettoyer l'équipement et les jouets après chaque rencontre avec un patient et de même que du personnel administratif et un gestionnaire qui supervise le programme. Un travailleur social et un spécialiste du milieu de l'enfant sont aussi disponibles, au besoin.

L'équipe est très souple et peut s'adapter. Le personnel de réadaptation évalue et traite les patients dans presque tous les secteurs de l'organisme où on a besoin de lui, comme l'unité, les cliniques de soins ambulatoires et la clinique de préadmission. Si un patient qui est vu en clinique a besoin de physiothérapie, l'équipe de réadaptation trouve souvent du temps le jour même et l'amène au gymnase à des fins d'évaluation et de traitement.

L'aire de réadaptation nouvellement construite est spacieuse et très bien pensée. Elle comprend des salles réservées à l'ergothérapie et à la physiothérapie. Les patients et les familles ont aidé à planifier cette nouvelle aire. Le traitement peut avoir lieu de concert avec les équipes ou séparément, selon les besoins des patients et des familles. Les objectifs de soins pour tous les patients sont décrits clairement et élaborés par l'équipe, en partenariat avec les familles. Étant donné que de nombreux patients ont des affections de nature très complexe, comme l'ostéogénèse imparfaite, la paralysie cérébrale ou des anomalies de la colonne vertébrale, ils sont vus par l'équipe et font partie du programme pendant des années. En tant qu'experts dans le domaine, les membres de l'équipe établissent des relations et des partenariats solides avec la communauté et les prestataires de soins de réadaptation, ce qui favorise l'atteinte de l'excellence dans la prestation de soins destinés à cette population unique, plus près de chez eux.

Même s'il y a un partenariat inclusif très étroit avec les patients et les familles, les commentaires de ces derniers au sujet des descriptions d'emploi, des rôles et des responsabilités, de l'élaboration de politiques et de protocoles et de la détermination des compétences collectives en conformité avec l'objectif des normes d'Agrément Canada – des soins centrés sur l'utilisateur et la famille – en sont toujours aux premiers stades de l'élaboration et de l'intégration.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les membres de l'équipe sont des experts nationaux dans leur domaine et ils maintiennent tous le niveau le plus élevé de titres de compétences et de qualifications. Ils sont très compétents dans leur domaine d'expertise.

Le personnel qui a été interrogé déclare avoir pleinement accès à de l'éducation et à de la formation continues ainsi qu'à du perfectionnement professionnel. Même s'il y a un très faible roulement de personnel, tous les nouveaux employés reçoivent une orientation complète et de la formation sur tout l'équipement avant de travailler dans le secteur.

Le gestionnaire évalue le rendement régulièrement et, au besoin, de façon ponctuelle. Les sondages sur la satisfaction de Press Ganey sont bien établis dans l'organisme, et les résultats sont communiqués à l'équipe ainsi qu'aux personnes dont le nom est mentionné. Le personnel apprécie cette reconnaissance ainsi que les nombreux événements organisés par l'organisme. Les membres de cette équipe accordent de la valeur aux prix de sécurité et nomment leurs pairs de façon régulière. Ils sont très fiers du travail qu'ils ont effectué dans le cadre l'élaboration de la campagne visant à sensibiliser les patients sur l'importance de boucler leur ceinture. Ils se considèrent comme des leaders en matière de sécurité au sein de l'organisme et prennent à cœur leur rôle de prévention et de sécurité.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Une équipe interdisciplinaire solide, passionnée et axée sur les patients offre des soins et de l'appui dans le cadre du programme de réadaptation. On constate particulièrement dans la prestation des soins et l'environnement de respect et de confiance établi entre les patients et les prestataires.

Le programme est souple et peut être adapté, et les patients sont traités dans le milieu qui convient le mieux à leurs besoins individuels. Toutes les équipes collaborent d'une discipline à l'autre, et les patients et les familles sont la priorité. L'équipe participe à la ronde des patients et est pleinement intégrée dans la planification des soins tout au long du continuum, soins qui mettent l'accent sur le congé et la réadaptation dans la communauté.

Toutes les pratiques organisationnelles requises applicables sont suivies, comme recueillir les résultats de l'échelle Braden pour prévenir les plaies de pression et maintenir l'intégrité de la peau, ainsi que l'évaluation des risques de chutes, deux identificateurs propres aux patients et des outils normalisés pour le transfert des soins.

Les patients et les familles sont de véritables partenaires dans la prestation des soins et participent directement à l'ensemble des activités de réadaptation. On établit les objectifs de façon individuelle, au cas par cas. Les familles mentionnent qu'elles ont l'impression d'être en charge de leurs soins et qu'elles se sentent comme une famille avec l'équipe.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le système électronique SHCIS est le DME; il héberge la totalité des dossiers des patients. Le DME est à jour et facile à utiliser, et il y a de nombreux ordinateurs dans le service afin que le personnel puisse y avoir accès facilement.

Toutes les rencontres sont documentées en ligne, et les dossiers des patients sont mis à jour régulièrement. Une photographie de chaque patient figure à son dossier, laquelle est mise à jour, au besoin. Un processus clair est en place pour les patients et les familles qui souhaitent accéder à leur propre dossier.

Il y a des outils et des processus normalisés pour toutes les évaluations, ce qui donne lieu à une grande cohérence de la documentation et augmente la compréhension qu'a l'équipe de chaque patient. Ce processus intégré en ligne permet à tous les prestataires d'avoir une vue d'ensemble des besoins spécifiques des clients, ce qui permet au patient de vivre un cheminement plus harmonieux tout au long de sa trajectoire des soins.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

En tant que leader dans le domaine, l'équipe de réadaptation choisit des lignes directrices pour les soins fondées sur des données probantes et crée nombre de nouveaux ensembles de normes et de données probantes.

La recherche est bien intégrée dans le programme, et de nombreux membres du personnel clinique travaillent également à temps partiel en recherche. L'équipe considère qu'il s'agit d'un avantage important qui donne de la valeur au programme. Étant donné que la recherche est également un des programmes principaux de l'organisme, des normes rigoureuses sont suivies. Il y a également un éthicien clinique nouvellement nommé qui appuie les équipes et les programmes, au besoin.

La sécurité est une valeur de base et une grande priorité pour l'équipe. Elle est intégrée dans tous les processus, et chaque patient fait l'objet d'une évaluation du risque. Tout le personnel est au courant de la façon de signaler les incidents, et la culture du signalement est ancrée dans la pratique quotidienne. Quand des incidents se produisent, le signalement, l'enquête, l'analyse et le plan d'amélioration de la qualité, au besoin, sont transmis à l'équipe en temps opportun. Le programme englobe cette culture juste de sécurité et de qualité.

Le programme comprend de nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité et du rendement, et les équipes utilisent des outils normalisés pour recueillir des données, lesquelles sont communiquées sur une base régulière. En raison de la nature du programme, les patients et les familles sont bien intégrés dans le programme de qualité et la collecte de données. Les données ainsi que les initiatives d'amélioration de la qualité ne sont pas affichées ni communiquées dans les aires communes. Une suggestion pourrait être de créer un tableau de la qualité pour le personnel et les patients, qui pourrait être affiché dans une aire ouverte, afin de permettre la culture de transparence et la culture dans le cadre du programme.

## Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
8.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
23.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	

23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
23.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
23.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

#### 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 : Leadership clinique

Le leadership clinique dans le programme périopératoire collabore avec les équipes ainsi qu'avec les chefs de service et les responsables de l'anesthésie. Le programme respecte un mandat clair et suit une direction stratégique. La mission et la vision de l'organisme sont clairement affichées, et tout le personnel y participe et les adopte pleinement dans leur pratique quotidienne.

Les gestionnaires des services périopératoires et de l'hospitalisation tiennent des réunions du personnel à chaque mois, au cours desquelles ils communiquent des données et des renseignements au sujet de la qualité, des incidents et des problèmes opérationnels. Les programmes sont pleinement engagés envers la satisfaction des patients et ont récemment reçu un prestigieux prix Press Ganey pour l'engagement envers la satisfaction des patients.

L'aire périopératoire a été conçue en fonction des commentaires des patients et des familles. Elle est bien aménagée, et l'accent est mis sur la sûreté et la sécurité des patients. Une attention particulière a été portée à la collaboration avec les patients et les familles. Ceux qu'on a interrogés estiment qu'ils reçoivent les meilleurs soins disponibles et qu'ils prennent part à tous les processus décisionnels. On encourage les familles à partager la chambre et à être présentes dans tous les aspects des soins, autant que possible. Même dans l'environnement de la salle d'opération, au besoin ou sur demande, les familles peuvent escorter leur enfant dans la salle d'induction et rester avec lui jusqu'à ce que la procédure soit achevée.

Le leadership clinique va bien au-delà du quotidien pour les équipes, et il est bien intégré dans les activités quotidiennes des unités. Cet engagement à offrir une présence et un appui quotidiens est louable.

**Processus prioritaire : Compétences**

Tous les membres du personnel possèdent les titres de compétence appropriés. Une formation obligatoire pour le personnel est payée, et d'autres formations sont facilement accessibles. Il y a de nombreuses sources de financement pour l'éducation continue, lesquelles sont accueillies par tout le personnel. Les séances de formation sont offertes deux fois par mois dans le secteur périopératoire, et des formations hebdomadaires et mensuelles sont offertes au sein du service. On encourage également le personnel à participer aux séances scientifiques de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) lorsque la dotation en personnel le permet.

Il y a une forte culture d'éducation, et des formations par simulation sont disponibles et grandement utilisées. Dans le secteur où les patients sont hospitalisés, une des chambres libres est aménagée pour des séances de simulation basse-fidélité ponctuelles, et on l'utilise régulièrement. Il y a de nombreux services de soutien éducatif, une infirmière clinicienne spécialisée (ICS) ainsi que des formateurs sur place qui appuient tout le personnel. Tous les membres du personnel de l'unité de soins postanesthésiques sont formés dans le domaine, et nombre d'entre eux viennent de l'HME. Une orientation complète est en place pour les unités périopératoire et de soins.

Avant le déménagement, tous les membres du personnel étaient à jour en ce qui concerne la formation sur la préparation en vue de situations d'urgence; toutefois, compte tenu de l'accent mis sur le déménagement et des nouveaux processus relatifs aux mesures d'urgence qui doivent s'harmoniser avec ceux des sites de l'HME, les programmes tirent de l'arrière au chapitre des politiques propres à l'unité concernant la planification des cas de sinistres et de pandémies. Des politiques de codes standards sont en place pour tous les autres codes, et les équipes s'entraînent régulièrement pour le code bleu afin de tenir leurs compétences à jour. Toutes les pratiques organisationnelles requises actuelles sont respectées dans le secteur périopératoire, y compris dans l'unité de soins. Des pompes intelligentes normalisées sont utilisées dans tous les secteurs. Un outil de transfert des soins normalisés est utilisé pour déménager des patients de la salle d'opération vers l'unité de soins postanesthésiques, et de l'unité de soins postanesthésiques vers l'unité de soins.

Les évaluations du rendement sont effectuées régulièrement à l'aide d'une approche normalisée d'auto-évaluation. L'organisme met en œuvre une nouvelle initiative liée aux ressources humaines pour normaliser davantage les processus de gestion du rendement. Les équipes respectives collaborent dans leur modèle de soins et placent les patients et les familles au premier plan. Le personnel se sent valorisé et reconnu par l'organisme et parfois touché par la générosité dont celui-ci fait preuve à son égard. La culture juste relative au signalement grandit au sein de l'équipe périopératoire, et le personnel déclare qu'il n'a pas peur de signaler les problèmes ou les plaintes.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Le programme périopératoire offre des services chirurgicaux de haute qualité qui répondent à toutes les normes en matière de meilleures pratiques.

Le cheminement des patients dans le continuum périopératoire est harmonieux. On met l'accent sur la collaboration avec les patients et les familles afin de répondre à leurs besoins individuels. Pendant la transition des soins, des rapports verbaux normalisés sont utilisés et approuvés. On a observé un accès aux soins en temps opportun sans incidence sur le cheminement et sur les opérations.

L'éducation et l'enseignement sont renforcés en ce qui concerne les patients et les familles, et les messages sont cohérents.

On effectue une évaluation complète et la tenue des dossiers dans tous les secteurs, et on suit les pratiques organisationnelles requises. On a observé l'utilisation d'une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire et l'obtention du consentement ainsi que des discussions entre le médecin responsable et les patients et les familles avant et après l'opération. Des protocoles normalisés sont utilisés dans le cadre des soins infirmiers individuels. Les patients se trouvant dans le milieu périopératoire sont à risque de chutes, et on respecte la règle stricte voulant que les côtés de lits soient relevés.

Deux identificateurs propres aux patients sont utilisés pour tous les patients tout au long de leur parcours en chirurgie. La salle d'opération est organisée de façon fonctionnelle, permettant un accès facile à toutes les fournitures. Toutes les procédures de la salle d'opération sont suivies et respectent les normes en matière de meilleures pratiques. Dans le secteur où les patients sont hospitalisés, on respecte également les meilleures pratiques fondées sur des données probantes à l'égard des patients en respectant les normes de soins les plus élevées. On a donné aux familles des consignes relatives au congé ainsi qu'une explication détaillée des soins de suivi qui étaient nécessaires.

Les familles qui ont été interrogées se sont senties soutenues et intégrées dans le cadre de leurs soins.

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

Toutes les données et tous les renseignements des patients sont saisis dans le DME, dans le programme périopératoire. Le personnel est très habile avec le système et, sauf pour ce qui est des outils de transfert des soins et de la liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire, il n'utilise presque aucun papier. Toutes les données sont saisies en temps réel au chevet ou dans la salle d'opération. Tous les membres du personnel sont formés relativement au dossier médical électronique (DME) du système d'information des Hôpitaux Shriners pour enfants (SHCIS) et suivent une formation sur les dispositions législatives et les politiques relatives à la protection des renseignements personnels.

Une photographie figure au dossier de chaque patient, et seul le prénom est affiché. Ce système a été élaboré suivant les commentaires des patients et des familles; il aide les patients à sentir qu'ils ont une expérience plus personnelle.

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

Des lignes directrices fondées sur des données probantes sont en place et sont utilisées par toute l'équipe dans le milieu périopératoire.

On respecte rigoureusement les procédures, les processus, les protocoles normalisés afin de réduire les variations non nécessaires dans la prestation des soins. La majorité des prestataires (les chirurgiens et l'anesthésiologiste) travaillent aux deux sites (Shriners et HME), et la majorité des politiques ont été adoptées aux deux sites.

En tant que leader de la recherche dans le domaine, on respecte rigoureusement les politiques et la pratique en matière d'éthique en ce qui concerne la recherche. On a constaté que la sécurité était de la plus grande importance pour les patients, et les équipes ont la chance de disposer des ressources pour respecter des normes élevées. Une grande quantité de données sont recueillies, communiquées et affichées sur le tableau de la qualité. Ces données sont mises à jour chaque mois.

Tous les incidents sont déposés et signalés dans les plus brefs délais, et des enquêtes sont menées pour tous les événements qui nécessitent un suivi. Actuellement, le temps d'attente pour les chirurgies ne dépasse pas un an; le temps d'attente varie en fonction du service chirurgical. Les taux d'annulation sont calculés mensuellement, et un suivi des écarts permet de déterminer la cause profonde des délais. Au total, 21 pour cent des annulations découlent de la non-disponibilité des ressources humaines, et la deuxième cause principale est liée à la préparation préopératoire incomplète. On envisage de mettre en place un processus de pré-admission simplifié ainsi qu'une surveillance médicale afin que ces annulations puissent être évitées.

Le programme périopératoire, comme d'autres programmes sur le site, est aux premières étapes d'une forte participation des patients et des familles et de l'engagement à l'égard de l'examen des politiques, des protocoles et des lignes directrices. On encourage fortement les responsables du programme à poursuivre dans cette voie.

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Dans le secteur périopératoire, les plus récents chariots d'anesthésie Omnicell sont utilisés pour distribuer tous les médicaments dans la salle d'opération du nouvel immeuble.

Les membres de l'équipe d'anesthésie déclarent qu'ils sont très à l'aise avec le nouveau système et qu'ils n'ont pas de problèmes ni de préoccupations en ce qui concerne l'accès rapide aux médicaments en temps de crise. Les chariots sont verrouillés et ne peuvent être ouverts qu'à l'aide du bon identificateur d'utilisateur dans la salle d'opération. Chaque chariot est normalisé dans les blocs opératoires, et on a observé que la distribution des médicaments respectait toutes les normes en matière de meilleures pratiques au chapitre de la stérilité, de la technique aseptique et l'étiquetage.

Toutes les administrations de médicaments observées ont été documentées, et une double vérification a été effectuée pour les médicaments et les narcotiques à niveau d'alerte élevé. La relation de travail avec la pharmacie de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) est excellente, et un soutien sans réserve adapté est offert en tout temps au secteur périopératoire.



## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
<p>L'équipe est guidée par l'orientation stratégique fournie par l'organisme parent. Les membres de l'équipe élaborent les buts et les objectifs afin de leur permettre de mettre en œuvre le plan stratégique.</p> <p>L'équipe a établi des partenariats avec les hôpitaux régionaux environnants, lesquels aiguillent les patients vers des soins. L'équipe médicale est partagée avec l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME).</p> <p>L'équipe a conçu des services en collaboration en tenant compte des commentaires importants des patients et de leur famille. Cela était particulièrement vrai au moment de la conception de la nouvelle unité; depuis le déménagement dans celle-ci, on le fait de façon régulière à l'aide de l'outil de mesure de la satisfaction de Press Ganey.</p> <p>Dans leur rétroaction, les patients indiquent qu'ils sont satisfaits de la facilité et de l'efficacité du processus d'inscription et de la rapidité de la réponse à leurs appels. Des préoccupations ont été soulevées en ce qui concerne le cheminement des patients et l'accès aux services en temps opportun. On poursuit le travail afin de simplifier le processus clinique de manière à régler les temps d'attente pour le service après l'inscription.</p>	

**Processus prioritaire : Compétences**

L'organisme soutient l'équipe, lui offre une formation et de l'éducation et lui fournit des ressources pour l'appuyer dans son perfectionnement professionnel continu.

Les membres de l'équipe reçoivent une formation sur les pompes à perfusion, laquelle est dirigée et surveillée par l'enseignant clinique. La documentation relative à cette formation est tenue à jour et a été fournie à des fins de vérification.

Un programme d'orientation solide a été mis en œuvre par les ressources humaines, à l'échelon de l'équipe. L'équipe a accès à de l'expertise relative à l'éthique clinique. Les évaluations du rendement des membres de l'équipe sont réalisées de façon irrégulière par les chefs.

Les membres de l'équipe sont reconnus pour les contributions qu'ils apportent de multiples façons.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe des soins ambulatoires planifie des services en fonction de l'orientation stratégique de l'organisme. Le personnel clinique a comme objectif de planifier des services en tenant compte des besoins prioritaires des patients, des ressources d'imagerie diagnostique mises à leur disposition et de la disponibilité des cliniciens. Les patients ont fourni des commentaires dans lesquels ils soulevaient des préoccupations au sujet des longs délais pour recevoir des soins à la suite de l'inscription. L'analyse des causes de ces délais a déterminé que ces derniers étaient dus à un établissement irrégulier du calendrier, aux retards des médecins et au temps d'attente pour l'imagerie diagnostique.

En collaboration avec l'équipe d'imagerie diagnostique et l'équipe médicale, l'équipe de soins ambulatoires a mis sur pied une initiative d'amélioration de la qualité afin de régler les causes cernées des délais.

Un bilan comparatif des médicaments est dressé pour chaque patient qui reçoit des traitements qui sont susceptibles de l'exposer à un risque. Le bilan comparatif est documenté dans un meilleur schéma thérapeutique possible normalisé. Les divergences sont corrigées, et les modifications sont documentées avant le congé.

L'organisme a mis en œuvre un programme de prévention des chutes solide ainsi qu'un programme visant à sensibiliser les patients sur l'importance de boucler leur ceinture (« Buckle-up »), ce qui renforce les mesures prises par le programme pour réduire au minimum le risque de chutes.

On utilise deux identificateurs propres au patient pour confirmer qu'il s'agit du bon patient qui reçoit le service ou qui fait l'objet de la procédure.

Les renseignements sur le patient sont transférés dans le cadre d'un processus normal au moyen d'un système de renvoi des documents et le transfert des sommaires de congé aux médecins traitant.

Les patients qui ont été interrogés affirment qu'ils sont encouragés à participer activement aux soins de leur enfant et que l'équipe leur fournit des renseignements clairs et faciles à comprendre sur l'état de leur enfant et les soins qui lui sont prodigués.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les dossiers des patients sont en partie en format papier et en partie dans le DME. Des politiques sont mises en œuvre afin de préserver la confidentialité des patients.

Les renseignements sur les patients sont communiqués conformément aux dispositions législatives et avec la permission du patient.

Le personnel reçoit de la formation au sujet du dossier médical électronique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe a mis en œuvre des protocoles normalisés et des lignes directrices fondées sur des données probantes afin d'orienter la prestation des services. Le personnel examine ces processus lorsque c'est nécessaire.

L'équipe a établi des processus de sécurité visant à atténuer les risques pour les patients, comme l'utilisation de deux identificateurs propres au patient et la mise en œuvre d'un programme de prévention des chutes.

Les incidents indésirables et les incidents liés à la sécurité sont signalés, analysés et font l'objet d'un suivi. Une politique de divulgation a été mise en œuvre.

Les données de mesure de performance font l'objet d'un suivi et sont utilisées pour déterminer les initiatives d'amélioration de la qualité.

## Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
17.6 L'équipe suit une PON pour le transport des composants sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	

Il n'y a pas de services de transfusion ni de banque de sang à l'hôpital. Les analyses de laboratoire (test de compatibilité, etc.) et les produits sanguins proviennent du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et sont livrés directement à l'unité (salle d'opération ou unité de soins).

Le laboratoire participe à la formation des utilisateurs et à l'élaboration de procédures opératoires normalisées (PON). En raison du déménagement de l'hôpital, certaines des PON doivent être rajustées (p. ex. transport de produits sanguins). On encourage l'organisme à poursuivre ses efforts pour élaborer et mettre en œuvre de nouvelles PON qui tiennent compte de la situation actuelle ainsi qu'à les examiner régulièrement et à les modifier, au besoin.

## Résultats des outils d'évaluation

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

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets 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, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 8 juin 2016 au 24 juin 2016**
- **Nombre de réponses : 17**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	24	24	53	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	35	35	29	81

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. 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.	6	6	88	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. 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	6	94	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	18	29	53	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	12	88	91
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	6	0	94	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	24	76	92
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	13	88	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	99
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	12	12	76	76
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	12	29	59	69

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	6	35	59	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	18	29	53	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	19	81	85
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	18	18	65	50
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	12	12	76	84
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	12	88	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	13	88	78
25. 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	6	94	90
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	6	94	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	76	12	12	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	6	94	88
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	18	82	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	6	94	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	18	6	76	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	18	12	71	89

\*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 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	0	100	81
34. La qualité des soins	0	0	100	82

\*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 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.



## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

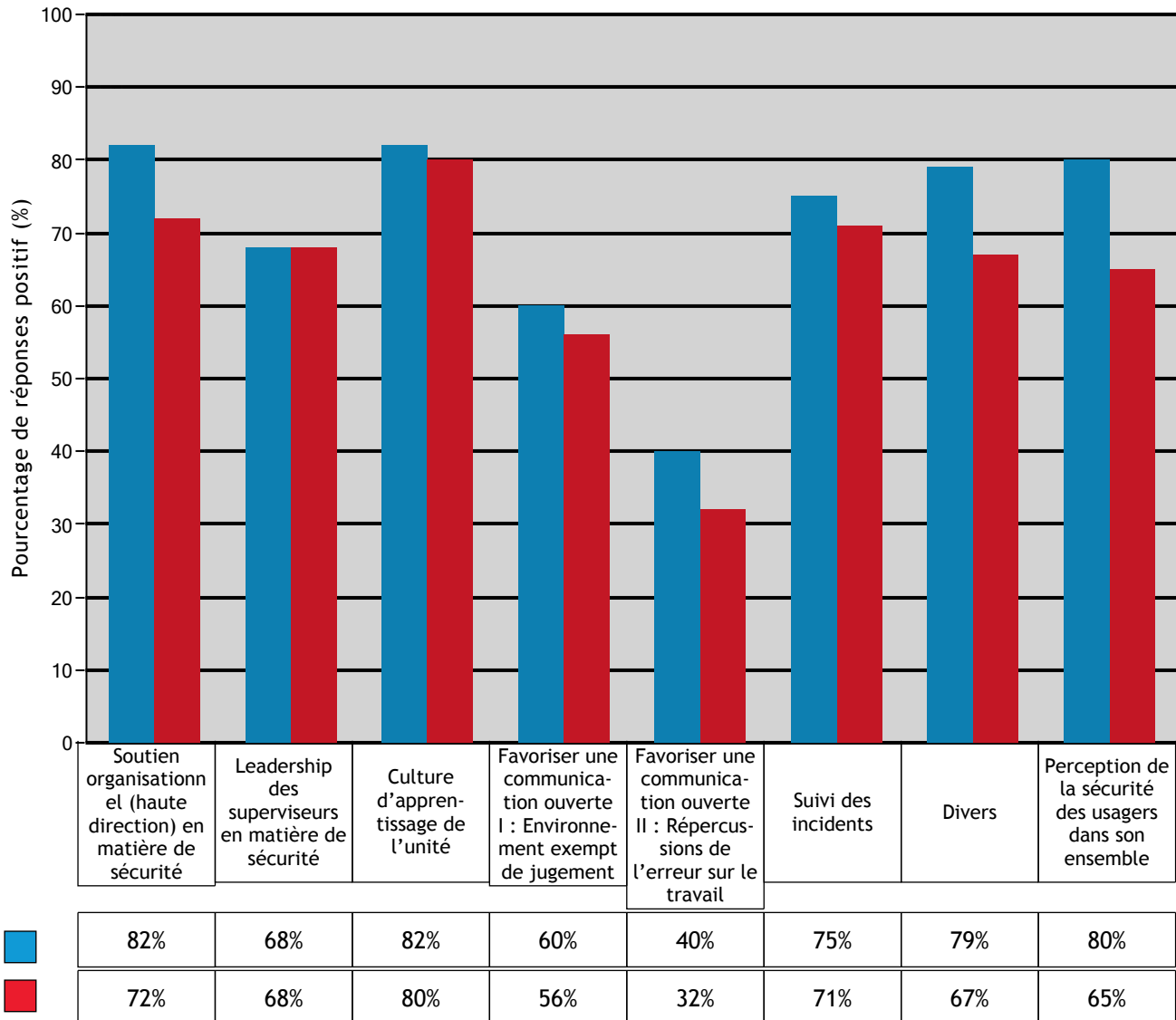
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 5 avril 2016 au 14 mai 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 111**
- **Nombre de réponses : 141**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**



**Légende**

■ Shriners Hospital for Children (Québec) Inc.

■ \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

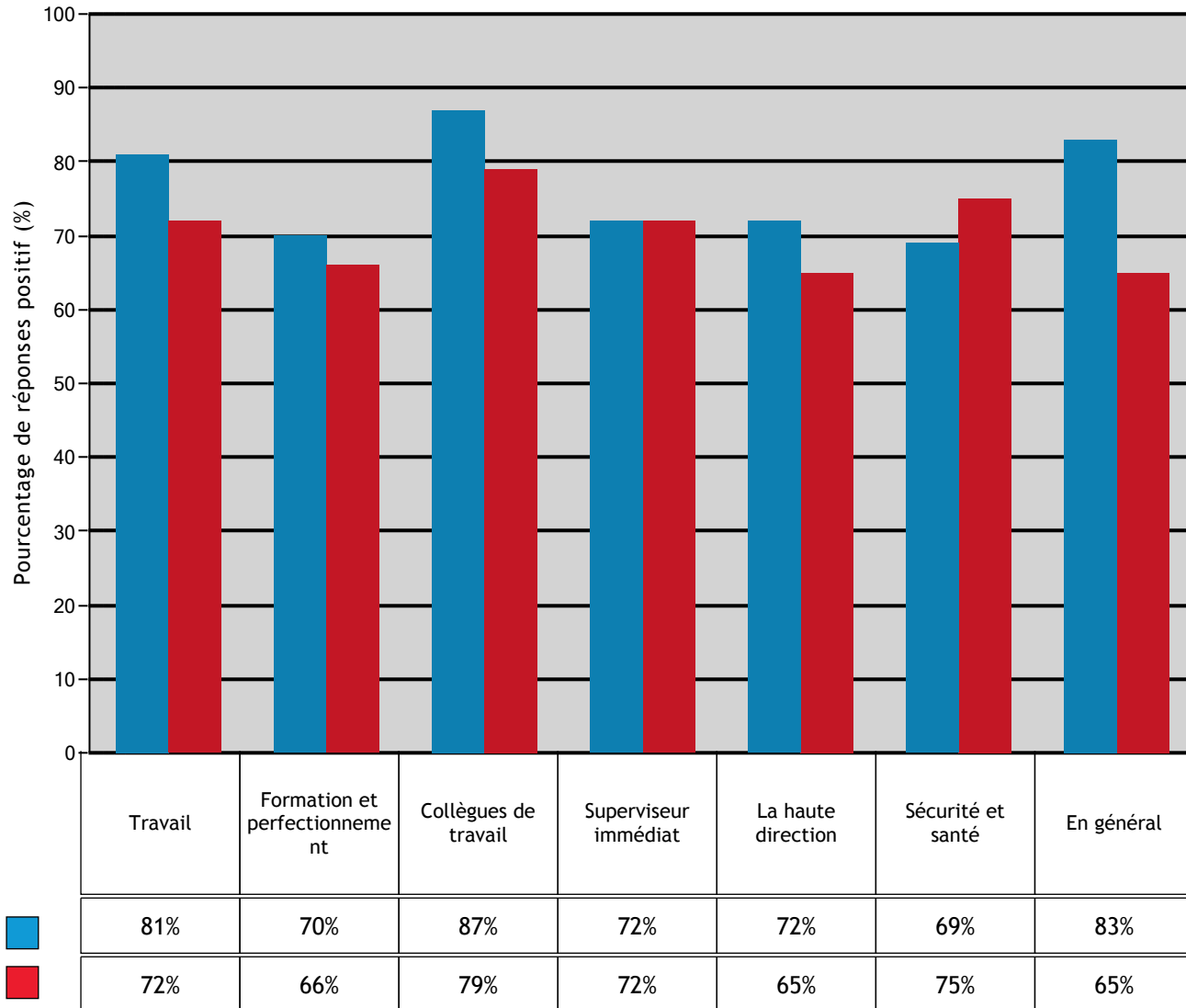
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 1 avril 2016 au 14 mai 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 141**
- **Nombre de réponses : 154**

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



**Légende**

■ Shriners Hospital for Children (Québec) Inc.

■ \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

**Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences**, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

**Partage d'information, communication et enseignement**, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

**Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre**, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

**Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne**, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Conforme

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

### Évaluation des preuves et amélioration continue

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers 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 parties prenantes 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.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
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	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
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.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.



Processus prioritaire	Description
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	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
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.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.