



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Saint-Jérôme, QC

### Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 3 au 8 novembre 2019

Date de production du rapport : 9 décembre 2019

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2019. 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 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>	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	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	15
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	17
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	18
Processus prioritaire : Gouvernance	18
Processus prioritaire : Planification et conception des services	20
Processus prioritaire : Gestion des ressources	22
Processus prioritaire : Capital humain	24
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	27
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	30
Processus prioritaire : Communication	31
Processus prioritaire : Environnement physique	32
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	33
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	35
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	37
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	40
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	40
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	45
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	48
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	51
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	51
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	55
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	56

## Sommaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (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 et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 8 novembre 2019**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. CLSC Lafontaine
2. CLSC Thérèse-De Blainville
3. Galeries des Laurentides - 500 boulevard des Laurentides
4. Hôpital de Mont-Laurier
5. Hôpital de Saint-Eustache
6. Hôpital Laurentien
7. Hôpital régional de Saint-Jérôme
8. Pavillon Marie-Berthe

- **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. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
6. Santé publique - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

## 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.)	57	0	0	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	15	1	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	179	23	14	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	63	2	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	29	1	2	32
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	259	15	10	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	28	2	2	32
<b>Total</b>	<b>632</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>708</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	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	80 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Leadership	45 (95,7%)	2 (4,3%)	3	89 (96,7%)	3 (3,3%)	4	134 (96,4%)	5 (3,6%)	7
Prévention et contrôle des infections	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0	63 (88,7%)	8 (11,3%)	0
Gestion des médicaments	65 (89,0%)	8 (11,0%)	5	50 (82,0%)	11 (18,0%)	3	115 (85,8%)	19 (14,2%)	8
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	80 (95,2%)	4 (4,8%)	4	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	118 (95,2%)	6 (4,8%)	4
Santé publique	42 (97,7%)	1 (2,3%)	4	66 (98,5%)	1 (1,5%)	2	108 (98,2%)	2 (1,8%)	6
<b>Total</b>	<b>316 (94,3%)</b>	<b>19 (5,7%)</b>	<b>18</b>	<b>302 (93,5%)</b>	<b>21 (6,5%)</b>	<b>13</b>	<b>618 (93,9%)</b>	<b>40 (6,1%)</b>	<b>31</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
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (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>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	2 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (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 : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 5	1 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 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
<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

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 : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	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.**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides offre à la population de son territoire (600 000 personnes) un ensemble de services sociaux et de santé conformément à la mission des CISSS définie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'établissement regroupe plus de 80 installations, dont six hôpitaux, des CLSC, des CHSLD et des ressources intermédiaires. Le CISSS des Laurentides compte 17 000 employés, médecins et bénévoles. Il accueille près de 5000 stagiaires par année. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 1,3 milliard de dollars.

La visite d'agrément du 3 au 8 novembre 2019 concerne les séquences 1 et 2 d'un cycle d'agrément de cinq ans, comme convenu avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les activités évaluées lors de la présente visite concernent les pratiques de gouvernance et de leadership (gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, gestion des ressources, capital humain, prestation de soins et prise de décision basée sur des principes éthiques, soins centrés sur la personne, environnement physique, communication, préparation en vue de situations d'urgence) et le programme-services santé publique. La gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et les équipements et appareils médicaux ont été évalués de manière transversale. Les activités évaluées lors de la présente visite concernent également les programmes-services Jeunesse, Santé mentale et Dépendances.

L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration intégré de la qualité et d'un plan de sécurité des usagers. Ces plans d'amélioration sont suivis à la lettre par une direction qui a à cœur l'amélioration continue de la qualité. La mise en place d'une structure de gestion, tant au niveau stratégique, tactique, qu'opérationnel, favorise les suivis des indicateurs et la circulation des informations. Nous encourageons l'établissement à compléter le déploiement de stations virtuelles et à maximiser le projet de stations visuelles en mode virtuel tout en gardant la philosophie de gestion de proximité. Les pratiques organisationnelles requises sont suivies par un porteur de dossier. La majorité des pratiques organisationnelles requises qui sont non conformes le sont en raison d'un non-respect d'un test de conformité. Il y a de nombreuses initiatives d'amélioration continue de la qualité dans chacune des directions pour offrir des soins à la hauteur des attentes des usagers.

Le partenariat de soins et services avec l'utilisateur et sa famille fait maintenant partie du quotidien du CISSS des Laurentides. Le bureau de partenariat a recruté plus de 70 usagers partenaires-ressources qui font bénéficier aux équipes de soins leur vécu expérientiel avec la maladie. Ces personnes participent à la co-construction de nouvelles solutions et de façons de voir la gestion de l'épisode de soins et de services. Nous encourageons l'établissement à poursuivre son intention d'augmenter le nombre d'usagers partenaires-ressources. Ces usagers partenaires-ressources témoignent d'une grande sensibilité et de reconnaissance à l'égard des soignants et ils ont la certitude de donner au suivant en partageant leur vécu personnel. L'approche usager partenaire est également au cœur du quotidien des équipes de soins et services. Les équipes de soins font

avec l'utilisateur et non pour l'utilisateur.

L'établissement est en équilibre budgétaire, mais a dû faire face à un redressement budgétaire dans les dernières années qui a nécessité beaucoup d'efforts. Le processus budgétaire est rigoureux et la planification pour 2019-2020 est entamée. Des budgets ont été attribués pour des travaux immobiliers de rénovation ou de construction pour plus de deux milliards de dollars sur le territoire du CISSS. Toutes les directions sont impliquées, en particulier la direction des services techniques. L'équipe s'assure de la sécurité et de l'accessibilité aux soins pour les usagers.

Le comité d'éthique clinique est très actif. Il offre son soutien pour des activités de promotion, d'avis clinique et de formation. Ce comité doit augmenter sa visibilité pour créer des discussions de nature éthique dans un contexte où la complexité des soins et services est omniprésente et les attentes des usagers et des proches envers le système de santé sont élevées. Cependant, l'éthique à la recherche fait face à un enjeu de taille soit le manque de projets de recherche. Les projets sont surtout octroyés aux centres universitaires. L'établissement devra se questionner sur le devenir de ce comité. Dans la majorité des équipes, il a été constaté que le comité d'éthique est connu. Les équipes échangent sur les enjeux éthiques et utilisent les outils cliniques.

Le conseil d'administration est formé de gens compétents, rigoureux et engagés envers le CISSS des Laurentides. Ils reconnaissent leurs compétences et les intérêts des administrateurs. De plus, ils sont très actifs dans leurs comités respectifs et surtout ceux qui sont obligatoires au niveau législatif. Dans un contexte de pénurie de la main d'œuvre et de difficultés, le comité des ressources humaines mériterait d'être réactivé. Quelques postes sont vacants, mais l'identification des membres potentiels est en cours.

L'établissement connaît très bien son territoire et sa population. L'offre de services varie en fonction du bassin de population à desservir. Le CISSS fait face à un accroissement et au vieillissement de sa population. Les demandes de services explosent et les exigences ministérielles entraînent une pression constante sur l'offre de services dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et d'effectifs médicaux ainsi que de difficultés de recrutement. En plus, les différents projets immobiliers qui sont les bienvenus font pression sur la planification des services et des soins, mais les équipes sont prêtes à supporter ces projets pour le bénéfice populationnel. Le partenariat interne et externe est bien établi. Les partenaires contactés se disent très satisfaits du niveau de complicité avec l'organisation du CISSS.

La direction des affaires corporatives, des affaires juridiques et des communications a développé une image de marque très visuelle pour faire rayonner le CISSS de façon régionale et provinciale. Différents bons coups sont observés pour que l'image du CISSS soit positive et reconnue sur l'ensemble du territoire. Le contentieux permet au CISSS de respecter ses responsabilités légales envers les usagers et en tant qu'entité publique qui offre des soins et services.

Malgré le contexte de pénurie de la main d'œuvre en pharmacie, l'implication des membres de l'équipe a permis l'amorce de plusieurs travaux pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité et la sécurité du circuit du médicament. La collaboration interdisciplinaire est au cœur des activités du département via la participation active aux différents comités : comité de pharmacologie, comités du circuit du médicament et comité d'antibiogouvernance. La définition d'un plan d'effectifs et des améliorations structurantes permettraient la consolidation de l'organisation des soins et services pharmaceutiques.

L'établissement bénéficie d'un service en prévention et contrôle des infections (PCI). Un comité stratégique et des comités opérationnels en matière de PCI sont en place. Le programme en PCI est composé de plusieurs volets, dont la surveillance des infections nosocomiales, le suivi des éclosions et la formation. Une formation en PCI est offerte à l'embauche des nouveaux employés et des rappels sont effectués aux deux ans. Les techniques en hygiène des mains font l'objet d'audits et les résultats sont présentés aux instances concernées. Plusieurs politiques et procédures en matière de PCI sont à réviser afin de les harmoniser à l'ensemble du CISSS des Laurentides.

Le service du fonctionnement des installations matérielles (SFIM) a déployé plusieurs efforts et initiatives lors des recrutements et en cours d'emploi pour l'amélioration des compétences et de la qualité de vie au travail de son capital humain. Une étroite collaboration avec la PCI est assurée lors de tout projet de rénovation ou de construction afin d'assurer la santé et la sécurité des usagers et du personnel. Le défi des équipes de la direction technique est de composer un programme de gestion de la croissance et des programmes d'entretien préventif avec les contraintes des infrastructures et des immeubles actuels. Nous encourageons l'équipe à consolider le plan d'action de développement durable, à le diffuser au personnel du CISSS des Laurentides et à le mettre en œuvre.

Un processus structuré est en place pour sélectionner, acheter et remplacer les équipements médicaux. Le Service du génie biomédical a mis en place un processus, incluant des rapports d'enquête, pour effectuer l'analyse de tout événement indésirable impliquant un équipement médical. Ce processus se déroule en collaboration avec les équipes cliniques et en gestion des risques. Un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) supporte le programme d'entretien préventif des appareils médicaux. Le GMAO permet également un suivi rigoureux des interventions préventives et correctives effectuées. Le suivi des alertes et rappels, ainsi que la production de statistiques en matière de génie biomédical, en sont également des volets.

La visite des unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) s'est déroulée dans quatre hôpitaux du CISSS des Laurentides. Des travaux de rénovation sont prévus dans deux des sites visités où l'espace est à l'étroit et ne permet pas le mouvement des dispositifs médicaux en unidirectionnel. Les équipes des URDM collaborent pour harmoniser les processus autant que possible. Un guide d'orientation à l'URDM encadre

l'intégration de tous les nouveaux employés dans les URDM. Les descriptions de fonctions des préposés en RDM sont également harmonisées et la formation est privilégiée.

Le plan des mesures d'urgence et le plan d'urgence mission santé, volet santé publique ont récemment été mis à jour. À plusieurs reprises, dans un contexte de sécurité civile à cause notamment des inondations, les équipes sont intervenues. Le travail exceptionnel réalisé par les équipes de crise psychosociale a été reconnu.

L'offre de services est influencée par le déploiement des ressources humaines et médicales et leur répartition équitable sur l'ensemble du territoire. À tous les niveaux de l'organisation, l'importance accordée au capital humain est perceptible. Un des enjeux majeurs de l'établissement est la capacité de recruter, retenir et garder les employés au travail en santé. Plusieurs stratégies sont développées afin de faire face à cet enjeu.

L'équipe assure la responsabilité régionale et locale de santé publique pour le territoire. Les réalités du terrain sont prises en considération dans la planification des activités, ce qui permet d'être bien arrimé. Même la plus petite équipe à l'extrémité du territoire bénéficie du support et de la proximité de l'équipe-conseil. L'apport de l'usager et des familles, des membres de l'équipe et des partenaires sont sollicités dans les projets. La culture d'amélioration de la qualité et de mesure des résultats est bien ancrée.

Depuis la création du CISSS des Laurentides en 2015, des efforts considérables ont été réalisés par un personnel passionné et préoccupé par le mieux-être de l'enfant. Les actions posées à long terme reposent sur le « devenir de l'enfant ». Pour les dirigeants et le personnel, investir dans la jeunesse implique de travailler avec la famille, c'est-à-dire inclure l'enfant, l'adolescent, leur réseau social et familial ainsi que la communauté.

La planification des services pour le programme est en lien avec les orientations stratégiques. Ainsi pour les membres de l'équipe, la trajectoire de services est un atout robuste et bénéfique pour les usagers et les familles pour intégrer la vision du partenariat et des soins centrés sur l'usager. Ce dernier participera davantage aux prises de décisions concernant sa prestation de soins ou de services dans un but d'amélioration des soins et des services.

Les services du Programme Jeunesse du CISSS des Laurentides regroupent l'obstétrique dans les divers centres hospitaliers du CISSS : Saint-Jérôme, Laurentien, Saint-Eustache et Mont-Laurier, en externe les cliniques de grossesse à risque élevé (GARE), les cliniques prénatales, la périnatalité au CLSC de Saint-Jérôme et au CLSC du Mont-Laurier et la Maison de naissance Boisé-de-Blainville. Tous les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire dont les interventions sont concertées et complémentaires, assurant un suivi et une prise en charge complète de la santé de la mère et du bébé.

Tous les services d'obstétrique et de périnatalité du CISSS des Laurentides utilisent une approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROOB), afin d'assurer la sécurité de la clientèle. Il y a lieu de mentionner le travail de collaboration et le bon climat de travail au niveau des services de périnatalité et d'obstétrique. Néanmoins, la stabilité et le recrutement des ressources humaines à l'Hôpital Saint-Eustache, l'Hôpital Laurentien et Saint-Jérôme demeurent fragilisés. Des plans d'action avec la direction des ressources humaines sont en cours et un suivi est assuré conjointement avec la directrice du programme Jeunesse, volet obstétrique et périnatalité, la direction des communications et la direction générale.

La Maison de naissance du Boisé-de-Blainville fait partie intégrante du CISSS des Laurentides au niveau du Programme Jeunesse, volet continuum santé jeunesse, sages-femmes. L'Hôpital Saint-Jérôme est le centre hospitalier de référence pour la maison de naissance. Des arrimages concertés avec d'autres milieux de référence du CISSS sont en cours, à titre d'exemple l'Hôpital Saint-Eustache, et ce, dans le but de mieux répondre aux besoins de la clientèle, en assurant les soins et des services de qualité et sécuritaires.

L'offre de services Jeunes en difficulté est remarquable au CISSS des Laurentides; d'une part à cause de la recherche constante de solutions innovantes afin de bien répondre aux besoins des usagers et d'autre part considérant la grandeur du territoire à desservir. Nous avons pu observer l'engagement et la fierté des professionnels qui y œuvrent. Cela étant dit, les enjeux reliés à la main-d'œuvre sont extrêmement préoccupants. Dans un tel contexte, il importe de généraliser la mise en place des différents programmes d'orientation afin d'assurer la sécurité de la clientèle.

Le continuum en protection de la jeunesse est défini sans équivoque par la Loi. L'utilisateur et sa famille sont les pierres angulaires de chaque acte professionnel qui est posé. L'offre de service est soutenue par divers partenariats internes et externes qui reposent sur une relation de confiance. La gestion des risques et de la qualité est au cœur du quotidien. Le souci d'amélioration continue est omniprésent et chacun y contribue en étant constamment à la recherche de projets innovants. Nous invitons l'établissement à poursuivre son travail colossal afin de favoriser la fluidité de la trajectoire DPJ (RTS-évaluation-orientation-application des mesures-révision). Les délais judiciaires demeurent un enjeu crucial qu'il faut adresser afin de mieux protéger les enfants et supporter les familles.

Le continuum en santé mentale jeunesse 0-17 an et pédopsychiatrie offre une panoplie de services diversifiés visant à répondre aux besoins des usagers et de leurs familles. La prise en charge de 2e ligne en santé mentale jeunesse est de grande qualité. L'équipe de Saint-Jérôme que nous avons rencontrée a su nous démontrer une pratique exemplaire où l'interdisciplinarité est l'affaire de tous. Nous avons rencontré des gens formidables, engagés et unis par les cas complexes. L'approche écosystémique s'assure que l'enfant soit au cœur de chacune des préoccupations. Plusieurs partenariats fidélisés permettent à l'équipe de tisser un filet de sécurité sociale rassurant.

Les délais d'attente pour accéder à un suivi en pédopsychiatrie demeurent un enjeu crucial et génèrent une gestion des risques importante pour assurer la sécurité des enfants du territoire. La rareté des pédopsychiatres est un obstacle qui complexifie la fluidité de la trajectoire.

La trajectoire de santé mentale offre une gamme de services centrés sur les usagers dans une philosophie de gestion de proximité et de rétablissement : programmes dans la communauté en santé mentale et services psychosociaux généraux adultes, services en dépendance et programme en séjour hospitalier en santé mentale. Dans sa volonté de desservir la population à proximité, l'équipe vise l'harmonisation des pratiques et de l'offre de services sur tout le territoire dans une perspective de services intégrés.

Un nouveau pavillon en santé mentale dédié aux usagers en santé mentale jeunesse et adulte est actuellement en construction à Saint-Jérôme. Une unité de pédopsychiatrie de 10 lits y est prévue afin de répondre de façon optimale aux besoins de ce groupe d'âge et dans le but de constituer un service d'hospitalisation régional en pédopsychiatrie.

Le service de dépendance du CISSS des Laurentides a une vocation régionale. Une approche centrée sur l'utilisateur pour la réinsertion sociale et un travail d'équipe dans un environnement chaleureux permettent d'offrir des soins et des services de qualité selon les données probantes. Les usagers témoignent de leur satisfaction eu égard aux soins et services reçus.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec les organismes communautaires. Ces derniers jouent un rôle important dans le continuum de soins et de services au moment de la transition afin d'assurer le maintien des acquis et le développement des habiletés de l'utilisateur.

#### En conclusion

L'équipe des visiteurs d'Agrément Canada a constaté dans l'ensemble les domaines évalués que l'établissement s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà des pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées</b> Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 14.6</li> </ul>
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b> Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.7</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b>            Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<p><b>Médicaments de niveau d'alerte élevé</b>            Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.5</li> </ul>

## 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.

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

## 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.

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

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

Le conseil d'administration du CISSS est composé d'administrateurs hautement compétents et engagés dont l'expertise individuelle est diversifiée et complémentaire. Le président du conseil délègue certaines responsabilités à différents membres en fonction de leur champ d'intérêt et d'expertise. Le conseil d'administration reconnaît que le personnel est dédié, engagé et vise une qualité de soins. Les membres du conseil se sont bien préparés à la visite d'agrément qu'il considère comme une continuité depuis la fusion du CISSS en 2015. Les membres reçoivent de la formation en cours de mandat ou lors de leur intégration au sein du conseil. Les nouveaux membres signent un engagement à respecter le code de déontologie et d'éthique. Chaque année, l'équipe organise un Lac-à-l'épaule pour discuter des enjeux prioritaires de l'établissement et des points de formation sont à l'ordre du jour. L'équipe s'autoévalue à la fin de chaque séance et en profite pour faire des ajustements le cas échéant.

Les membres du conseil se préparent avec rigueur pour les séances du conseil. Le conseil étant sans papier, un portail à l'intention des administrateurs est disponible pour déposer la documentation nécessaire à son bon fonctionnement. Des tableaux de bord sont prévus et un suivi des principaux indicateurs fait l'objet d'attention particulière tel que la gestion des risques. Le comité d'audit s'assure de veiller à l'analyse des risques autres que cliniques, tels que les risques financiers ou organisationnels. Les membres du conseil veulent prendre des décisions éclairées et n'hésitent pas à demander de la documentation supplémentaire ou des précisions au besoin. Le comité des ressources humaines est à réactiver, car le conseil d'administration est préoccupé par la situation de la main d'œuvre toutes catégories confondues.

Les membres du conseil sont informés du début des démarches pour la planification stratégique 2019-2023. Les membres sont satisfaits de pouvoir donner une valeur locale à cette planification en partenariat avec celle du MSSS.

Les échanges avec les membres témoignent d'un fonctionnement efficace du conseil d'administration. Les rôles et responsabilités sont définis clairement. Le règlement sur la régie interne du conseil d'administration a été adopté en février 2016. Les nouveaux membres se disent informés de ce règlement. Le conseil d'administration identifie des membres potentiels pour siéger au conseil d'administration qui doit être entériné par la ministre de la Santé.

Selon les membres du conseil d'administration, il souhaite avoir plus d'information sur le bureau du partenariat. Cependant, les membres comprennent l'importance du partenariat tant interne qu'externe. Un point statutaire des rencontres du conseil donne la parole aux usagers afin d'avoir leur opinion.

Les membres sont très fiers du parcours organisationnel depuis la fusion du CISSS en 2015. Malgré les nombreux défis occasionnés par la fusion, l'équipe constate une grande transparence, une harmonie, une confiance, une grande synergie avec la direction. De plus, une culture axée sur la qualité, la sécurité et l'accessibilité sont également des sources de fierté.

Le défi de la main d'œuvre tant professionnelle que médicale demeure un enjeu de taille associé aux différents projets immobiliers et cliniques. Le recrutement, la rétention, la diminution de l'assurance-salaire du personnel sont des éléments préoccupants pour les administrateurs.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Le CISSS des Laurentides dessert un grand territoire avec une population de plus de 600 000 personnes. L'établissement a bien défini sa mission, sa vision et ses valeurs sont représentées par la bienveillance, le respect, la collaboration, l'intégrité et l'engagement. La définition de ces valeurs a été faite par les membres qui ont donné un sens à chacune d'entre elles. L'équipe a débuté une démarche de réalisation de sa planification stratégique en lien avec le tableau synoptique du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023. Toute cette démarche implique une consultation avec les partenaires, les usagers et les différentes parties prenantes. L'équipe veut donner une saveur locale à sa planification et se donner un temps de réflexion afin de donner un enlignement pour offrir des services pertinents à la population. Il serait intéressant d'inclure une révision de ces valeurs dans cette planification stratégique.

L'équipe connaît très bien le profil populationnel de son CISSS et des défis associés. L'évaluation de l'état de santé de la population est réalisée à court et à long terme. Afin de répondre à ses différents besoins, l'équipe fait preuve d'agilité pour optimiser l'offre de services, proposer différentes alternatives et organiser les soins dans une approche de résolution de problèmes. De nombreux projets immobiliers sont en cours de réalisation ou à l'étape de démarches de discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour répondre aux différentes réalités de la région. Tous ces projets mettent de la pression sur l'ensemble du personnel et des gestionnaires, mais les équipes sont prêtes à supporter ces projets pour le bénéfice populationnel.

La structure de gestion est basée sur le « vrai Nord ». Celui-ci se base sur les 5 axes de la performance soit : la santé et mobilisation du personnel, l'optimisation des ressources, la qualité des services, la pertinence et l'accessibilité des services. Les différentes salles de pilotage stratégiques et tactiques sont déployées dans les différentes directions. Les caucus opérationnels sont en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire du CISSS. L'équipe de direction est encouragée à poursuivre ses efforts pour les finaliser dans les différentes équipes de soins et services.

La structure organisationnelle de gestion est bien agencée. Trois directions générales chapeautent les différents programmes-services. Toutes ces directions travaillent en étroite collaboration dans un souci constant de répondre aux besoins de la population. L'harmonisation des politiques et procédures est révisée en mode CISSS et celles-ci sont priorisées en fonction des différents besoins ou selon les pratiques organisationnelles requises.

L'équipe s'assure du respect des droits et des responsabilités des usagers de différentes façons. Que ce soit la commissaire aux plaintes, la tournée annuelle des comités de résidents, les comités de résidents ou autres, tous ces moyens visent un seul but, soit de donner de la visibilité aux droits des usagers.

Le partenariat est bien ancré dans la philosophie de gestion de l'établissement. Il existe des liens étroits avec les organismes communautaires et municipaux. Un suivi serré est fait auprès de la direction pour établir les priorités d'action et les principaux défis. Plusieurs projets prioritaires ont fait l'objet de présentation et démontrent toute la rigueur de la direction à agir pour l'amélioration de l'accès aux soins et services pour sa population tout en améliorant la qualité et la sécurité.

Les liens avec le conseil d'administration sont forts. Les administrateurs partagent les mêmes enjeux que l'équipe de direction, soit l'accessibilité et la planification des services.

L'équipe est fière des réalisations accomplies depuis la fusion du CISSS en 2015. La reconnaissance, l'accessibilité des services et le financement sont des points d'amélioration que la fusion a apportés, et ce, pour favoriser l'intégration du CISSS dans une optique de vision régionale. L'équipe de direction veut occuper son territoire. Les indicateurs sont identifiés et font l'objet d'un suivi par les différentes équipes.

## 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)

La gestion des ressources financières est bien documentée. Le processus budgétaire est rigoureux et déjà enclenché pour l'année 2019-2020. Les orientations budgétaires 2019-2020 sont dictées par le comité de direction et un des principes à respecter est l'équilibre budgétaire.

Une politique relative au processus budgétaire a été entérinée par le conseil d'administration. Les bases budgétaires sont établies pour respecter l'équité au niveau du CISSS. Un comité tactique de gestion permet d'identifier les parties prenantes lorsqu'un projet est déposé.

La situation budgétaire du CISSS est en équilibre après plusieurs années de redressement budgétaire. La direction fait des efforts pour éviter de sabrer les services directs aux usagers. L'attribution de budgets additionnels pour différents projets immobiliers majeurs et mineurs constituent un beau défi pour le CISSS des Laurentides.

Le conseil d'administration a un comité d'audits qui vérifie différents projets financiers afin de s'assurer du respect des règles d'éthique. L'équipe fournit un tableau de bord aux membres du conseil d'administration. De plus, la direction des finances produit un tableau de bord disponible pour les gestionnaires à chaque période. L'équipe des finances en partenariat avec les différentes directions offre un soutien aux gestionnaires pour la formation, l'analyse et le suivi.

La direction des services techniques fait face, elle aussi, à un grand nombre de projets immobiliers majeurs et mineurs qui doivent être coordonnés simultanément. Un des principaux défis est d'assurer la sécurité des usagers et l'accessibilité aux services pendant ces périodes. L'équipe s'inscrit dans la démarche de diminution des accidents de travail, par exemple la stratégie de déneigement qui est porteur de bons résultats. La direction s'assure du plan de maintien des actifs immobiliers. Lors des projets immobiliers, l'équipe s'assure du respect des règles pour la prévention des infections et l'ajout de préventionnistes permet de faire une vigie dans l'identification des risques lors de construction ou pour s'assurer du respect des échéanciers et des liens avec les entrepreneurs.

Les salles de pilotage sont bien suivies par la direction et les gestionnaires en place. Le secteur « hygiène et salubrité » fait face à de nombreux défis pour s'assurer de la propreté et du respect des normes en

prévention des infections. La coordonnatrice de secteur a fait un travail remarquable pour harmoniser les pratiques dans les différents secteurs d'activités.

## 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>	
2.5 Une politique qui porte sur le signalement des comportements qui vont à l'encontre du code de conduite, sur les enquêtes connexes et sur la résolution des problèmes de comportement est élaborée et mise en oeuvre.	
10.12 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Contrairement à ce qui est habituellement observé dans le réseau, la direction des ressources humaines est indépendante de celle des affaires corporatives, juridiques et communications. À tous les niveaux de l'établissement, l'importance accordée au capital humain est perceptible.

L'offre de service est influencée par le déploiement des ressources humaines et médicales et leur répartition équitable sur l'ensemble du territoire.

Un des enjeux majeurs de l'établissement est la capacité de recruter, retenir et garder les employés au travail en santé.

Plusieurs stratégies de recrutement sont mises de l'avant.

Des collaborations avec les milieux d'enseignement visent à favoriser l'embauche de personnel compétent. En ce sens, près de 5?000 stagiaires sont accueillis annuellement. Le recrutement médical est aussi une préoccupation importante.

Le taux élevé d'absence est observé depuis plusieurs années et plusieurs initiatives sont déployées pour améliorer la situation.

Un budget supplémentaire et des mesures sont mis en place en vue de diminuer le plus possible les absences reliées aux accidents de travail. Des résultats positifs sont constatés.

Au niveau de l'absentéisme en assurance salaire, la situation préoccupe l'ensemble des gestionnaires. Plusieurs actions sont mises de l'avant en vue d'améliorer la situation. La démarche « Entreprise en santé » est en cours d'implantation. Un prix distinction du groupe « Entreprise en santé » est reçu en

octobre 2019, dans la catégorie pratique de gestion et mieux-être psychologique. Un projet « capteur de risque psychologique » permet de détecter la détresse psychologique dans les équipes. Une procédure pour le programme d'assistance au rétablissement et à la réintégration au travail et élimination des obstacles est très récente. Elle vise à encadrer la gestion du rétablissement et de la réintégration au travail afin d'assurer la réussite et le maintien du retour à l'emploi durable des personnes à la suite d'une invalidité. Une ergothérapeute en santé mentale accompagne la personne dans son rétablissement suite à la présence de difficulté fonctionnelle au quotidien pouvant causer un trouble mental courant tel que la dépression, l'anxiété ou des troubles d'adaptation. Cette procédure découle de la politique de gestion intégrée de la prévention, présence et qualité de vie au travail qui favorise la performance organisationnelle via la prise en charge par les personnes et par l'établissement des déterminants et des risques en matière de santé, sécurité et bien-être au travail.

L'augmentation de la titularisation des postes en vue de stabiliser les ressources est considérée comme un bon coup, de même que l'élaboration d'un programme de mentorat pour les infirmières praticiennes spécialisées nouvellement embauchées.

La fierté des travailleurs, l'image de marque, le sentiment d'appartenance, le sens du travail sont des concepts qui alimentent les réflexions de l'équipe des ressources humaines. La gestion de proximité est un moyen facilitateur. Des rôles pivots des partenaires ressources humaines qui sont principalement d'accompagner les cadres intermédiaires sont appréciés.

Une politique d'appréciation de la contribution et de soutien au développement du personnel et une autre d'évaluation du personnel en période de probation et en période d'initiation et d'essai sont en place depuis 2017. L'implantation du processus d'appréciation du rendement est bien débutée. L'offre de formation 2019-2020 pour les cadres vise le renforcement des fonctions de gestion en vue d'agir sur la problématique que représente l'absentéisme de longue durée. Pour les employés, de la formation en lien avec la sécurité des usagers est présente. Une formation sur la gestion des mesures disciplinaires est disponible pour les gestionnaires. Toutefois, il n'y a pas de politique qui porte sur le traitement des comportements qui vont à l'encontre du code de conduite. Il n'y a pas non plus de politiques ou de procédures qui indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective. L'établissement est encouragé à en développer.

Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est en place. Une politique de vaccination est maintenant en place, c'est une belle amélioration depuis la dernière visite.

Des indicateurs de processus et de résultats sont suivis, la salle de pilotage et caucus virtuel est en début d'implantation.

Plus de 1500 bénévoles œuvrent dans les différentes installations.

Plusieurs « Prix Distinction » ont été reçus, soit, entre autres, un prix santé et sécurité au travail de la CNESST en 2017 pour la réfection de la chute à linge à Saint-Jérôme et un en 2018 pour le réaménagement de la morgue à l'hôpital du Mont-Laurier.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>15.7.3 Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.</p> <p>15.7.6 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

La direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique est composée de plusieurs professionnels qui ont à cœur l'amélioration continue de la qualité. La direction s'est dotée de

mécanismes de communication et de coordination inspirés des pratiques de gestion organisationnelle. Le plan intégré d'amélioration de la qualité mise sur la recherche constante d'un équilibre entre les cinq dimensions, soit l'accessibilité des services, la qualité des services, la pertinence, l'optimisation des ressources et la santé-mobilisation du personnel. L'équipe est à élaborer un sommaire de l'atteinte des cibles de performance par direction. Ce sommaire est en mode projet, mais a un potentiel de viabilité et d'utilité pour l'ensemble des directions. La gestion intégrée des risques, la qualité des milieux de vie, la gestion intégrée de la performance, l'amélioration continue, la gestion stratégique de l'information, le pilotage stratégique et qualité de l'information et le bureau d'évaluation sont différents secteurs qui ont tous le même but, soit d'offrir des services de qualité dans l'intérêt de l'utilisateur.

L'équipe fait le suivi des plans d'amélioration continue de la qualité des différentes visites professionnelles, du coroner, des événements sentinelles et autres plans spécifiques. Ces plans sont très bien structurés et organisés.

L'équipe fait la vigie de ces plans d'action et apporte du soutien aux différentes directions au besoin. Un plan de sécurité des usagers est en place et recueille la stratégie d'action en matière de risques pour la clientèle. Le CISSS s'engage à offrir aux usagers et à leurs proches des soins de qualité et sécuritaires. Parmi les éléments contextuels de ce plan, notons l'implication des instances dédiées à l'amélioration de la sécurité des usagers tels que le comité vigilance-qualité, le comité et les sous-comités de gestion des risques et les comités partenaires.

L'équipe compte sur un support informatique et des professionnels dédiés à la performance qui permettent de faire des tableaux de bord, de donner une valeur « d'humanité » à des statistiques, et ce, dans une optique d'amélioration continue de la performance et de la qualité. Les personnes rencontrées qualifient leur travail d'important, car ils ont l'impression d'aider l'utilisateur dans leur quotidien.

Le plan intégré de la gestion des risques est élaboré à partir de principes directeurs et couvre l'ensemble des risques pour la clientèle. L'équipe a produit une fiche de présentation de projets qui permet d'identifier les éléments de risques lors de la planification des dits projets. L'informatisation de la déclaration des incidents-accidents permet de procéder à une analyse rapide, de faire des statistiques et d'identifier des pistes d'amélioration. L'équipe privilégie une attitude de non-blâme. Un rapport d'audit sur la divulgation a été fait par un usager partenaire ressource. Selon l'analyse de cet audit, il est démontré que la transparence est importante en gestion des risques et établit un lien de confiance entre l'utilisateur et l'établissement. L'équipe a mis en place un comité pour produire une politique sur la maltraitance. Différents moyens ont été utilisés pour identifier les enjeux de ce dossier. La présence d'utilisateur ressource au comité est remarquée. La diffusion de cette politique a été faite. L'équipe est encouragée à s'assurer de la compréhension de la terminologie.

Un engagement à la confidentialité est exigé de tous les employés. Les mesures de sécurité informationnelle sont en place. Un comité de sécurité de l'information donne les enlèvements et une politique sur la sécurité informationnelle est en vigueur.

Les pratiques organisationnelles requises font l'objet d'un suivi étroit en collaboration avec d'autres directions. Chaque pratique organisationnelle requise a un porteur de dossier dans l'établissement. Cette personne doit s'assurer de la mise en place du plan d'action, de faire les suivis et de voir à son application dans le milieu.

La gestion des plaintes est bien encadrée par une équipe de professionnels qui respectent les normes établies par la loi. Des médecins examinateurs sont disponibles pour répondre aux plaintes en lien avec la pratique médicale. Le rapport annuel complet, le bilan des suivis des plans d'amélioration et des indicateurs sont disponibles et font l'objet d'une analyse approfondie. Les formulaires sont disponibles en ligne et sur les unités de soins. Il faut apprécier la nouvelle affiche à l'intention des centres jeunesse qui inclut un code-barre lisible avec les téléphones intelligents. Cette technologie sera utilisée sur les affiches. De l'information, de la formation et de la promotion sont diffusées par les différentes commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Parmi les principaux dossiers actualisés dans la dernière année, celui de la maltraitance a dominé. Les commissaires aux plaintes ont participé à l'élaboration de la politique et à sa diffusion.

Le partenariat est très bien établi avec les partenaires externes. Ils se disent très satisfaits des liens avec le CISSS qu'ils trouvent très fluides. Un cadre de référence en organisation communautaire est en place et guide les actions pour apporter le soutien à ces organismes. Les différentes tables de concertation régionales permettent à tous les acteurs de discuter d'une problématique sociale et de trouver les ressources communautaires les plus appropriées pour prendre en charge cette situation sociale.

En terminant, cette équipe s'est préparée avec rigueur et a fait preuve d'agilité pour la planification du processus d'agrément 2019. Du soutien aux équipes, la préparation de documents, la diffusion des capsules d'information, en partenariat avec la direction des communications, sont des éléments qui ont été remarqués et sont à souligner. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts en vue du prochain cycle des visites d'agrément.

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

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

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

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

L'infrastructure de l'éthique clinique au CISSS des Laurentides repose sur quatre axes (organisationnel, clinique, recherche et gouvernance). Les axes organisationnels et cliniques sont maintenant regroupés sous la direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité, ce qui est un bienfait pour favoriser les communications.

Chaque axe est guidé par des assises éthiques basées sur des modèles reconnus. Un cadre de référence est en place et l'équipe distingue les axes par des différences significatives pour que les équipes soient en mesure de mieux comprendre les disparités entre chacun de ceux-ci.

L'éthique organisationnelle a fait un vidéo de six minutes sous les thèmes inhérents aux pratiques de gestion. Chaque capsule de vingt secondes donne un message court et précis ayant une valeur éthique. L'ensemble des gestionnaires et un nombre intéressant d'employés ont été formés à l'éthique organisationnelle.

L'éthique clinique a un comité régional avec des répondants locaux de l'ensemble du territoire. À partir d'une grille de délibération, le comité émet des avis sur les enjeux cliniques avec les équipes de soins. L'équipe fait la promotion de son offre de services de différentes façons. Malgré ses efforts, l'équipe veut augmenter sa visibilité auprès des équipes cliniques.

L'éthique clinique de la recherche est structurée. Un comité est en place, mais l'équipe doit faire face à un nombre très limité de projets de recherche. L'équipe participe à certains projets en partenariat avec les centres universitaires qui sont les promoteurs des dits projets. Les politiques et procédures sont en place.

Parmi les enjeux, l'équipe se questionne sur la visibilité de son comité considérant la volumétrie des demandes. L'équipe accompagne également les projets des étudiants à la maîtrise dans différents secteurs d'activités de l'établissement. Un soutien est apporté pour que les projets répondent aux normes de la recherche.

## 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)

La Direction des affaires corporatives, des affaires juridiques et des communications a développé son offre de service. Cette direction assure un rôle-conseil en matières juridiques et des communications organisationnelles. L'organigramme du service de communications et des relations publiques permet de constater que chaque agente d'information est affectée à une direction.

L'équipe essaie d'agir en mode prévention pour éviter de se retrouver devant des situations inattendues ou imprévues. Elle s'assure de diffuser les bons coups du CISSS Laurentides, d'établir des partenariats positifs avec les médias et la communauté. De plus, elle doit agir en tant que responsable de la transmission d'informations en provenance du ministère. Elle établit des communications internes et externes grâce à différents moyens de diffusion.

L'équipe a très bien développé son image de marque qui est très visuelle et inspirante. Cette image de marque est utile pour le recrutement, pour la communication organisationnelle, les campagnes publicitaires et le développement d'outils. Le partenariat de soins et services valorise l'inclusion des usagers partenaires ressources comme un vecteur d'amélioration continue. Leur implication est remarquable. Il est suggéré à la direction des communications de créer un sigle qui permettrait de voir la contribution de l'utilisateur partenaire ressource sur la documentation. Plusieurs projets d'amélioration sont en cours au niveau de cette direction pour permettre une fluidité de l'information interne, une plus grande accessibilité, une meilleure visibilité des bons coups, pour maximiser le recrutement et augmenter le rayonnement. Plusieurs bons coups sont observés. L'équipe participe à l'élaboration de sondages. Plusieurs éléments de fierté sont exprimés, particulièrement les liens avec les directions.

En plus de la mission communications, l'équipe assure le rôle-conseil d'expertise et de veille juridique pour tous les aspects légaux en lien avec l'établissement que ce soit en jeunesse, en santé mentale ou autres. L'équipe du contentieux est composée de plusieurs avocats et de techniciennes juridiques qui soutiennent les activités de droit de la santé, du droit du travail-sst, etc. De plus, la notion d'accès à l'information est sous cette gouverne et le soutien au conseil d'administration pour le volet juridique. Différentes politiques sont en place et sont validées par le contentieux comme celles sur les médias sociaux et la sécurité de l'information.

## 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)

Des projets d'infrastructures immobilières majeures sont en préparation. Le défi des équipes de la direction technique du CISSS des Laurentides est de composer un programme de gestion de la croissance avec les nouveaux projets de construction majeure aux différents sites parallèlement aux différents projets de maintien des actifs.

Malgré les contraintes et la vétusté de certaines installations, l'environnement est propre.

Le service du fonctionnement des installations matérielles (SFIM) a développé plusieurs efforts et initiatives lors des recrutements et en cours d'emploi pour l'amélioration continue des compétences et de la qualité de vie au travail de son capital humain.

Une étroite collaboration avec la prévention et le contrôle des infections (PCI) est assurée lors de tous projets de rénovation ou de construction afin d'assurer la santé et la sécurité des patients et des employés.

Un comité de développement durable a été récemment mis en place. Nous encourageons l'équipe à consolider le plan d'action de développement durable, de le diffuser à l'ensemble du personnel et de le mettre en œuvre dans le déploiement des initiatives dans différentes sphères pour réduire l'incidence des activités sur l'environnement.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
14.9 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	!
<b>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</b>	
13.1 Des politiques et des procédures qui respectent les règlements applicables pour détecter les éclosions et prendre les mesures qui s'imposent sont en place.	!
13.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles peuvent accéder aux politiques et aux procédures pour détecter et gérer les éclosions.	!
13.5 Des politiques et des procédures sont en place concernant les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe et des bénévoles qui participent à la détection et à la gestion des éclosions.	
13.7 Les politiques et les procédures sont revues régulièrement et des changements y sont apportés, s'il y a lieu, après chaque éclosion.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Un plan des mesures d'urgence est en place et traite d'une douzaine de situations. Il vient juste d'être révisé. Plusieurs outils et aide-mémoire sont diffusés.

Chaque nouvel employé reçoit la formation à l'embauche concernant les mesures d'urgence. Toutefois, la majorité des employés rencontrés témoignent ne pas avoir reçu de formation à ce sujet depuis longtemps et ne pas avoir eu de pratique. Certains employés témoignent ne pas se sentir à l'aise s'ils devaient faire face à des situations d'urgence. Les bénévoles ne sont pas non plus formés au niveau des mesures

d'urgence. L'établissement est encouragé à revoir ses stratégies de formation.

Un mandat a été donné à une firme pour développer un plan de continuités des opérations selon le guide pratique d'élaboration d'un plan de continuité en établissement produit par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'équipe d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile est sollicitée pour des situations comme les inondations récentes. Lors de la cérémonie des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, un hommage spécial a été fait pour le travail exceptionnel réalisé par les équipes de crise et de mesure d'urgence lors des inondations au printemps 2017.

L'aspect des communications est prévu. Un local est préparé pour devenir rapidement un centre de coordination des mesures d'urgence et de sécurité civile.

Plusieurs événements vécus de situation d'urgence sont documentés et des pistes d'amélioration sont ressorties. Les exercices d'évacuation seraient à effectuer plus régulièrement.

Le plan d'urgence mission Santé Volet santé publique a été révisé en février 2019. On retrouve des critères d'activation clairs pour l'amorce d'une intervention d'urgence dans le plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé de la population de la direction de santé publique.

Des outils de communication sont disponibles tels que des aide-mémoire pour la gestion des maladies infectieuses pour le secrétariat de l'école. L'équipe de santé publique a participé à un exercice à grande échelle sans déploiement sur le terrain qui simulait l'intervention d'urgence en cas d'incident de pipeline dans la ville de Saint-Eustache.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections est sollicitée au besoin en cas d'éclosion. On retrouve des écrits issus des établissements antérieurs qui datent de plusieurs années et qui traitent des éclosions. Toutefois, il n'y a pas de politiques et procédures harmonisées pour détecter et gérer les éclosions. L'établissement est invité à en produire une et à s'assurer qu'elle soit accessible autant aux employés qu'aux bénévoles.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

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

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

L'approche de soins centrés sur l'utilisateur et le partenariat sont soutenus par la gouvernance et la direction. Un cadre de référence de l'approche partenariat a été adopté en avril 2019 par la direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité. De plus, le mandat du comité stratégique vise le déploiement d'une culture de partenariat de soins et services. La structure de gouvernance du partenariat de soins et services est appuyée par un comité stratégique dont la présence d'un usager partenaire-ressource est remarquée. Un bureau de partenariat de soins et services est en place ainsi qu'une communauté de pratique dont font partie plus de 70 usagers partenaires ressources. L'équipe a mis en place des agents multiplicateurs qui visent à identifier de potentiels usagers partenaires-ressources sur le terrain. La sélection de ces nouveaux usagers ressources tient compte de l'intérêt des candidats futurs. Plusieurs projets ont mis à profit la contribution de ces usagers partenaires, dont la conception du site internet du CISSS, la révision de politiques et procédures, etc. Les usagers partenaires-ressources rencontrés comprennent très bien leurs rôles et leurs contributions dans l'amélioration de l'expérience patient et leur implication sociale. Malgré leur vécu expérientiel avec la maladie, ces personnes veulent donner au suivant pour que leur expérience personnelle serve de tremplin dans l'amélioration continue de la qualité.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts auprès de la direction des communications pour avoir leur sigle sur les documents émanant de la collaboration d'un usager partenaire. Une formation sur le partenariat pour les usagers partenaires-ressources a été élaborée par un comité de professionnelles et d'usagers partenaires-ressources. L'équipe mise sur le savoir expérientiel des usagers.

L'équipe a fait des démarches auprès du comité des usagers afin de bien définir les rôles et responsabilités de ce comité et la participation des usagers partenaires-ressources. L'équipe est encouragée à poursuivre ses interventions de sensibilisation auprès du comité des usagers pour faciliter la collaboration entre les deux instances, et ce, dans l'intérêt des usagers.

L'équipe veut instaurer un vrai partenariat entre l'utilisateur et l'équipe de soins dans la prise de décision et sa participation aux soins. Les équipes de soins ont été formées à l'approche interprofessionnelle pour intégrer les patients de façon active dans les discussions cliniques de soins selon ses capacités. Les équipes de soins ne décident plus pour l'utilisateur, mais l'utilisateur décide de son plan de soins en partenariat dans une approche sécuritaire de services. Un formulaire d'un plan d'intervention interdisciplinaire a été

développé avec un usager partenaire-ressource. Évidemment, dans les cas plus complexes, des rencontres interdisciplinaires sont prévues pour discuter de la situation avec l'usager ou ses proches.

Le projet « Faire un pont vers la maison » est né d'une subvention pancanadienne pour favoriser la transition de soins entre le milieu de soins et le domicile. Un formulaire très visuel et aéré sur l'organisation du congé est en voie de réalisation pour aider les usagers dans leur transition vers la maison. Ce formulaire, une fois évalué, pourrait être très utile pour différentes clientèles.

Différents sondages ont été développés pour obtenir l'opinion des usagers sur la qualité des soins et services. Un plan d'action pour l'élaboration d'un sondage est disponible.

Un duo indissociable agrément et partenariat de soins et services est un élément qui favorise l'amélioration de la qualité des soins et de l'implication des usagers dans ses soins.

Un comité des usagers du centre intégré est en place. Il est observé une certaine confusion dans les rôles et responsabilités entre le comité des usagers du centre intégré, le comité des usagers et les comités des résidents locaux en lien avec le bureau de partenariat usager. Le comité aimerait avoir plus d'informations sur le bureau de partenariat. L'équipe devrait rencontrer rapidement ce comité pour démystifier les perceptions négatives du bureau de partenariat et sur les différents comités pour établir une saine collaboration tout en respectant leurs rôles. Ces membres rencontrés sont engagés dans leur milieu et militent à assurer la qualité et la sécurité des usagers ou résidents qu'ils représentent. Le comité des usagers a créé un calendrier 2020 sur les droits et responsabilités des usagers.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
3.1 L'URDM est conçue et aménagée en fonction du niveau d'utilisation des services, de la gamme de services de retraitement et de la circulation à sens unique des dispositifs médicaux.	
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
11.2 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples sont séparées des unités de soins.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
12.5 Les PON sont respectées pour manipuler, distribuer et transporter l'équipement, les dispositifs médicaux stériles.	!
14.3 Tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou qui sont transportés dans les unités de soins ou dans d'autres organismes peuvent être localisés.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

### Équipements médicaux :

Le Service du génie biomédical (GBM), partagé en volets Exploitation et Immobilisation relève de la Direction des services multidisciplinaires. Les principes de la qualité, tels que l'approche processus et la prise de décisions fondées sur des preuves, guident les activités de ce service. Les processus en gestion des équipements médicaux sont harmonisés dans l'ensemble du CISSS des Laurentides.

Un processus structuré est en place pour sélectionner, acheter et remplacer les équipements médicaux. Un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) configurable permet de suivre toutes les étapes du cycle de vie d'un équipement. Il permet également de consigner la formation des membres de l'équipe du GBM sur les différents équipements. À la livraison d'un nouvel équipement, le

service du GBM complète une liste de vérification qui sera ensuite signée par le gestionnaire du département recevant l'équipement, démontrant que les activités sont complétées, y inclut la formation du personnel. Un plan de remplacement des équipements, basé sur une grille de cotation, offre une vue d'ensemble des dates prévues de remplacement.

Le GMAO permet le suivi du programme d'entretien préventif des équipements médicaux qui sont classés selon quatre niveaux de criticité. Une fois l'entretien préventif complété, une étiquette est fixée sur chaque équipement. Ceci permet d'aviser l'utilisateur de porter une attention particulière aux paramètres d'utilisation, le cas échéant. Le GMAO permet un suivi rigoureux des interventions préventives et correctives effectuées. Des données, telles que les délais et les taux de réalisation d'entretien selon la criticité des équipements, sont générées dans le volet contrôle de la qualité du GMAO. Ces différentes statistiques font l'objet d'un suivi dans la salle de pilotage et les caucus du service du GBM et de la direction.

Le service du GBM est informé de tout événement indésirable où un appareil médical est impliqué. Un rapport d'analyse a été élaboré et le suivi en est fait en collaboration avec la gestion des risques. Une affiche explicative sur la marche à suivre a été produite pour les employés. Le GMAO permet également de suivre les avis d'alertes et rappels reçus.

Le service du GBM a fait l'acquisition de quatre voitures hybrides pour les déplacements de ses employés au travail.

Le service du GBM accueille des stagiaires en génie biomédical dont la majorité est ensuite recrutée.

Avec les projets d'envergure prévus dans les différentes installations, le service du GBM aura à maintenir ses activités en prévention et en correctif, tout en répondant à la demande croissante.

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) :

Des unités de retraitement des dispositifs médicaux et des endoscopes (URDM) ont été visitées dans quatre hôpitaux. À l'Hôpital de Mont-Laurier et à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, des travaux importants de rénovation sont planifiés.

Beaucoup d'efforts ont été déployés pour améliorer le climat de travail et assurer la couverture des services en RDM. La mobilité de quelques préposés entre les URDM permet de combler les lacunes en ressources humaines, mais permet également un échange de connaissances en vivant une expérience de travail dans différentes installations. L'équipe travaille en collaboration avec les institutions d'enseignement afin de recruter précocement les étudiants. Un programme d'orientation adapté au programme d'enseignement est offert. Il importe de souligner la rédaction d'un Guide d'orientation, harmonisé pour toutes les installations et incluant les rôles et responsabilités du préposé en RDM et ceux de l'orienteur. Des grilles d'évaluation à compléter par l'orienteur et par le gestionnaire aux moments désignés y sont incluses.

Un plan d'amélioration de la qualité est en place dans chaque URDM. Des indicateurs, tels que les nombres de différents paquets/instruments par période, sont suivis. Les équipes en RDM ont sollicité la rétroaction des utilisateurs de leurs services, soit les chirurgiens qui ont complété un sondage de satisfaction. L'équipe s'est dotée d'une politique en gestion de l'assurance qualité dans les URDM.

Le volume d'activités dans les blocs opératoires est pris en compte dans la planification des services en RDM. Afin de répondre aux besoins des utilisateurs des services, une évaluation des besoins a été effectuée par les gestionnaires cliniques. Un formulaire standardisé pour l'acquisition, l'emprunt ou la location d'un DM réutilisable a été élaboré et l'analyse en est faite par les gestionnaires en RDM. Les équipes en URDM, en collaboration avec le service de prévention et contrôle des infections, offrent du soutien pour le choix des DM.

Un calendrier d'audits a été élaboré et bon nombre ont été effectués sur différents aspects du RDM, par exemple la sécurité de l'environnement, la conformité des aires d'entreposage des DM stériles hors URDM ainsi que les techniques de travail en hygiène et salubrité dans l'URDM. Les grilles d'audit ont été élaborées selon le guide produit par l'Institut national de santé publique du Québec.

À l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, l'URDM principal est fonctionnel, mais l'espace de travail est restreint. L'équipe a fait l'acquisition d'équipements pour rendre le travail plus sécuritaire et ergonomique, soit une table de travail ajustable en hauteur et un appareil de rinçage. D'autres améliorations en santé et sécurité au travail sont prévues, telles que l'acquisition de lavabos ajustables.

L'Hôpital de Saint-Eustache bénéficie d'un logiciel permettant d'assurer la traçabilité des DM. Un rehaussement est prévu afin d'étendre cette application aux autres installations du CISSS des Laurentides.

## 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.

### 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.

### 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.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.	

2.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, telles que la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).	<b>PRINCIPAL</b>
2.3.5	Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	<b>SECONDAIRE</b>
2.4	Le comité interdisciplinaire établit des procédures pour chaque étape du processus de gestion des médicaments.	!
2.5	Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.	
2.5.1	Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	<b>PRINCIPAL</b>
2.5.6	Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	<b>SECONDAIRE</b>
2.5.7	La politique est régulièrement mise à jour.	<b>SECONDAIRE</b>
2.5.8	De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	<b>PRINCIPAL</b>
2.6	Le comité interdisciplinaire dispose de processus pour gérer la sécurité des médicaments contrôlés.	!
2.7	Le comité interdisciplinaire fournit des ensembles de modèles d'ordonnance standard.	
2.14	Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour gérer les pénuries de médicaments.	
3.1	Le comité interdisciplinaire établit des critères pour ajouter ou retirer des médicaments du formulaire.	
8.4	Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.	!
11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!

11.3	L'information relative aux médicaments qui est stockée dans les pompes intelligentes est mise à jour régulièrement.	!
11.4	Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5	Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.	
12.1	L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.	!
14.6	Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.	
14.6.2	La « liste d'éléments à proscrire » est mise en oeuvre et elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	<b>PRINCIPAL</b>
14.6.3	Les formulaires préimprimés relatifs à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la « liste d'éléments à proscrire ».	<b>PRINCIPAL</b>
14.6.7	Le respect de la « liste d'éléments à proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	<b>SECONDAIRE</b>
17.4	Les médicaments oraux à dose unique sont conservés dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	!
26.1	Les équipes sont informées de l'importance de déclarer les réactions indésirables aux médicaments à Santé Canada et de leur rôle à cet égard, plus particulièrement les réactions imprévues ou graves à des médicaments récemment mis sur le marché.	
26.2	Les équipes reçoivent de l'information sur la façon de détecter et de déclarer les RIM au Programme Vigilance de Santé Canada.	
26.3	Les mesures qui s'imposent sont prises pour donner suite aux alertes émises par Santé Canada et d'autres organismes au sujet des RIM.	
27.5	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	
27.6	Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise.	

27.7 Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations au bon moment.

27.8 Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations aux équipes.

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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Malgré le contexte de pénurie de la main d'œuvre en pharmacie, l'implication des membres de l'équipe a permis l'amorce de plusieurs travaux pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament.

La collaboration interdisciplinaire est au cœur des activités du département de pharmacie via la participation aux nombreux comités et projets de développements cliniques.

Plusieurs activités méritent d'être soulignées, notamment :

1. Les travaux du comité de pharmacologie pour l'uniformisation de la liste de médicaments et la mise à jour du processus de gestion des médicaments lors des modifications apportées aux lois, aux règlements et aux normes de pratique.
2. Les travaux des comités de circuit de médicaments (CCM) pour améliorer la sécurité du circuit du médicament.
3. La mise en œuvre du programme régional d'antibiogouvernance avec une excellente collaboration interdisciplinaire pour favoriser l'usage optimal des antibiotiques. L'application de ce programme est cependant très limitée pour le moment.
4. La consolidation des soins et services pharmaceutiques en oncologie.
5. Le début d'implication aux programmes d'enseignement de premier et deuxième cycle des facultés de pharmacie de l'Université Laval et l'Université de Montréal. L'enseignement est une avenue prometteuse pour favoriser le recrutement des pharmaciens.
6. Les travaux de mise aux normes des différentes salles stériles et de réaménagement des locaux des pharmacies.

Certaines améliorations structurantes devraient être mises en place pour améliorer l'organisation du secteur de SERVICES PHARMACEUTIQUES et le développement des standards de qualité et de sécurité du circuit du médicament, notamment :

1. La mise en place de l'approche de cogestion avec des gestionnaires pour supporter le chef de département de pharmacie et ses adjoints dans la gestion transversale des activités lors des démarches d'optimisation des soins et services pharmaceutiques tout en maintenant une gestion de proximité du fonctionnement quotidien.
2. Plusieurs politiques et procédures de gestion des médicaments des anciens CSSS sont désuètes. Le développement de nouvelles politiques et procédures, la mise à jour et l'harmonisation des anciennes en lien avec le circuit du médicament permettront la normalisation de la pratique et l'assurance de la pratique sécuritaire par l'orientation à l'embauche et la formation continue en cours d'emploi de tout le personnel impliqué dans le circuit du médicament (personnel médical, personnel de la pharmacie et personnel infirmier).

Une technique de communication efficace de ces politiques et procédures et un suivi auprès des équipes de soins sont essentiels par le comité du circuit du médicament central et les comités du circuit du médicament locaux pour assurer leur mise en application.

Au niveau des SOINS PHARMACEUTIQUES, dans un contexte de pénurie de pharmaciens et d'assistants techniques en pharmacie et compte tenu des besoins grandissants en support pharmacothérapeutique aux patients et aux professionnels du CISSS LAU, il est essentiel :

1. D'amorcer avec tous les membres du département de pharmacie, un exercice de définition des niveaux de soins pharmaceutiques et d'un plan d'effectifs en fonction de la capacité évolutive de recrutement.
2. De collaborer avec tous les intervenants des équipes de soins pour définir l'offre des soins pharmaceutiques en fonction de l'évolution du plan d'effectifs des pharmaciens.

## 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>	
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
7.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
14.1 Il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!
14.5 Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

Dans le Service de prévention et contrôle des infections (PCI), l'attribution des ressources (nombre d'infirmières) est effectuée en fonction des ratios établis par le Ministère de la Santé et des services sociaux. L'équipe est composée d'un chef de service et de 16 conseillères en soins infirmiers en PCI réparties en quatre grappes géographiques. Cependant, l'équipe n'est pas toujours complète en raison d'absence ou de départ.

Le comité stratégique de PCI a révisé son mandat et sa composition afin de le rendre plus décisionnel. Le programme en PCI a à la base les activités prioritaires établies par le MSSS et inclut la surveillance des infections nosocomiales. Ces statistiques servent d'indicateurs pour le comité stratégique de PCI et les différentes instances, ainsi que pour les salles de pilotage et caucus. En collaboration avec la direction de la qualité, l'équipe en PCI a élaboré un nouveau tableau de bord visuel de statistiques en infections nosocomiales permettant de facilement apprécier les tendances.

Des comités opérationnels sont en place et le chef de service en PCI y participe, permettant ainsi d'arrimer les différentes activités et besoins. L'équipe de conseillères en PCI travaille en collaboration entre elles et aussi en collaboration avec les autres directions sur des projets et siègent à différents comités. La participation de l'équipe de PCI est incontournable.

L'orientation des nouveaux employés inclut une formation de base en PCI ainsi que sur l'hygiène des mains (HDM). Des formations spécifiques sont également offertes pour des secteurs donnés, par exemple dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.

L'application des précautions additionnelles a été constatée dans plusieurs secteurs au cours de la visite. À certains endroits, la configuration de l'environnement physique rend l'application difficile. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) sont disponibles et faciles d'accès. Les conseillères en soins infirmiers en PCI sont en soutien aux équipes offrant les soins et services dans l'application des précautions additionnelles et interviennent auprès des usagers/résidents et leurs proches le cas échéant.

Les tableaux des éclosions sont disponibles en temps réel dans l'intranet. Un guide de PCI, sous forme de tableau, y est également disponible. Ce guide indique notamment les types de précautions et les modes de transmissions des agents infectieux. En cas d'éclosion, les infirmières font des rappels et du renforcement positif auprès des équipes sur les unités.

L'hygiène des mains est sans contredit à la base de la prévention des infections nosocomiales. La politique en HDM a récemment été révisée et prévoit entre autres la signature de l'engagement à l'HDM à l'embauche du personnel.

Plusieurs activités sont effectuées pour assurer la conformité aux pratiques en HDM :

- Formation à l'embauche (tronc commun en PCI) ;
- Capsule de formation (vidéo) disponible dans l'Intranet ;
- Distributeurs à solution hydroalcoolique facilement accessibles ;
- Formation d'observateurs sur les pratiques en HDM par le service en PCI ;
- Un nouvel outil de collecte de données en audits a été développé. Celui-ci permet la collecte en temps réel à l'aide d'une tablette et il est prévu de le tester prochainement. Les audits pourront plus facilement être effectués par le personnel sur les unités.

Les services en hygiène et salubrité sont bien organisés. Les outils de travail, incluant les chariots, sont organisés et disponibles. Les routes (charges) de travail sont disponibles dans le système informatique dédié. Quatre formateurs de ces services assurent l'orientation des nouveaux employés en hygiène et salubrité pour l'ensemble du CISSS des Laurentides. Ces formateurs effectuent des audits de qualité sur les pratiques de travail en hygiène et salubrité.

Le service en PCI a déposé une demande au bureau de partenariat sollicitant la participation d'un usager partenaire au comité de prévention des infections, volet services adaptés à la personne âgée. Le service prend en considération les commentaires des usagers reçus de façon ad hoc. Il serait intéressant pour l'équipe en PCI de solliciter l'apport des usagers afin qu'ils offrent leurs opinions sur différents aspects du programme en PCI, notamment le contenu du matériel s'adressant au public (dépliants, etc.). L'équipe pourrait également évaluer la possibilité d'ajouter quelques questions en matière de PCI sur les sondages d'évaluation de l'expérience des usagers, par exemple concernant la propreté des lieux et l'hygiène des mains.

Plusieurs politiques et procédures sont à réviser et à harmoniser pour l'ensemble du CISSS des Laurentides. L'équipe est encouragée à rassembler toutes ses activités en amélioration de la qualité dans un plan intégré et d'en faire le suivi à l'aide d'objectifs mesurables et d'échéanciers.

---

## Ensemble de normes : Santé publique - 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>	
4.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
---	--

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

<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
7.4 Une procédure est suivie pour la publication d'avis de santé publique.	!

<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
---	--

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
--	--

Les intervenants apprécient le travail avec leurs équipes et le support qu'ils reçoivent de leurs supérieurs. Même la plus petite équipe à l'extrémité du territoire témoigne qu'elle bénéficie du support et de la proximité de l'équipe-conseil. L'organisation des tâches, les rôles et responsabilités sont clairs et bien définis. Le climat de travail est bon. Les intervenants sont consultés pour donner leur opinion. On tient compte des besoins des usagers pour déterminer l'organisation du travail.

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
--	--

Les intervenants sont motivés et passionnés par leur travail. Des marques de reconnaissance sont présentes au niveau de l'équipe et de l'établissement. Certaines réalisations rayonnent même à l'extérieur de l'établissement.

Les intervenants rencontrés sont satisfaits de la formation qu'ils reçoivent. Toutefois, des personnes rencontrées se sentent démunies face à des situations avec certaines clientèles de communautés différentes. De la formation et du perfectionnement offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de services pourraient permettre d'être plus efficace.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La culture d'amélioration de la qualité et de mesure des résultats est bien ancrée. La structure de la gestion de la qualité et de la performance avec la salle de pilotage et les caucus est bien vivante. L'apport de l'utilisateur, des familles ainsi que des membres de l'équipe et des partenaires sont sollicités dans les projets. Les réalités du terrain sont prises en considération dans la planification des activités, ce qui permet d'être bien arrimé.

**Processus prioritaire : Santé publique**

L'équipe assure la responsabilité régionale et locale de santé publique pour le territoire. Le programme national de santé publique guide les actions. Le portrait de la région permet de dégager des enjeux et des priorités du plan régional de santé publique. L'offre de services gravite autour de la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé. La santé au travail est un autre mandat. Un soutien au Nord-du-Québec est aussi offert. Le travail en partenariat est présent avec les directions de l'établissement, les organismes communautaires, le milieu de l'éducation, les municipalités régionales et les différents ministères.

Lors de la visite, une situation ponctuelle de gestion de cas d'intoxication au monoxyde de carbone a été observée. Un processus d'enquête sur des cas de légionellose a été présenté pour bien illustrer ce qui est réalisé à propos de la protection. Une présentation de cette situation est prévue lors de journée de formation. Pour représenter l'aspect promotion-prévention, le programme d'application de scellant dentaire en milieu scolaire a été présenté. L'analyse des services de vaccinations 0-6 démontre les efforts de l'équipe pour revoir l'organisation des services pour répondre mieux aux besoins de la clientèle. La fonction surveillance a été mise en lumière au moyen d'une présentation d'un outil « Panorama de la défavorisation ». Cet outil permet de partager la connaissance des inégalités sociales sur le territoire en vue de concerter les partenaires pour changer les choses.

Une équipe de nutritionnistes, d'infirmières en santé publique de la localité à l'extrémité du territoire, de différents intervenants dont des médecins et une dentiste, des bénévoles, des usagers et leurs familles ont été rencontrés. Une clinique de vaccination d'influenza, une infirmière scolaire et une clinique de scellant dentaire en milieu scolaire secondaire, une clinique de vaccination 0-4 an et enfin une clinique jeunesse (contraception, ITSS) ont été visitées. En plus d'avoir eu l'opportunité de voir des services différents, cette visite a permis de saisir les particularités du territoire.

Des outils pour faire la promotion de la santé et présenter l'offre de service sont accessibles. Une campagne « Respire, laisse pas ton stress avoir le dernier mot! » est dédiée aux jeunes en prévention de l'anxiété. Comme elle est conçue pour les jeunes, elle est adaptée à une écoute sur téléphone cellulaire. C'est un exemple de stratégie adaptée aux clientèles à rejoindre.

L'offre de service « Fraise et Bottine » permet des interventions ciblées en matière de jeux actifs et du développement moteur, de la saine alimentation et de la santé dentaire. Principalement offert en service de garde, c'est un programme développé par l'équipe de direction de santé publique, testé durant une année, et adapté à la suite des commentaires reçus des utilisateurs.

Un document sert de guide pour les communications en santé publique pour la région des Laurentides. Une procédure est en développement pour la publication d'avis de santé publique. On retrouve aussi une procédure interne en santé publique qui traite de l'utilisation des textos. Plusieurs processus de la santé publique seraient à arrimer avec ceux de l'établissement.

Plusieurs partenaires ont été consultés au niveau scolaire, communautaire et municipal. Tous confirment leur satisfaction au regard des liens porteurs qu'ils ont développés avec l'équipe de santé publique. L'équipe de santé publique est bien structurée et applique quotidiennement des méthodes scientifiques et des processus rigoureux. Au fil du temps, ils ont développé une expertise et des procédures internes qui pourraient être profitables à l'ensemble de l'établissement. Dans cette optique, il serait important de promouvoir l'offre de service de la santé publique autant dans l'établissement qu'à l'extérieur.

## 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 : 24 septembre 2018 au 15 octobre 2018**
- **Nombre de réponses : 10**

#### 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	91
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	90	10	0	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	10	0	90	84

	% 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.	0	0	100	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	95
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	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	96
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	70	20	10	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	13	88	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	10	90	85
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	0	100	94
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	10	20	70	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	11	89	68

	% 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.	0	0	100	82
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	13	25	63	58
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	10	90	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	80	0	20	46
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.	0	30	70	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	20	80	93
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	81
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	0	100	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	25	0	75	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	75	13	13	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	20	80	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	10	90	91

	% 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	0	100	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	25	75	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	84

\*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 2018 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	20	80	77
34. La qualité des soins	0	20	80	78

\*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 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 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 cinq 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.

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.