



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Laval, QC

**Séquence 1**

Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 mai 2019

Date de production du rapport : 6 juin 2019

## Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (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 mai 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 de la visite</b>	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
Processus prioritaire : Communication	19
Processus prioritaire : Environnement physique	20
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	21
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	22
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	23
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	24
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	24
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	27
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	29
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	29
<b>Commentaires de l'organisme</b>	33
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	34
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	35

## Sommaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (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 : 5 au 10 mai 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. 800 Chomedey, Tour A
2. Centre administratif et Centre ambulatoire
3. Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean
4. Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse avenue Laval
5. Centre de réadaptation en dépendance Bienville
6. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Cartier
7. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Laval
8. CLSC et GMFU du Marigot
9. CSLC du Marigot (boul. Cartier)
10. Jewish Rehabilitation Hospital / Hôpital juif de réadaptation

- **Normes**

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

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

1. 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.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	198	3	15	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	64	1	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	29	0	3	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.)	270	4	10	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	0	2	32
<b>Total</b>	<b>666</b>	<b>8</b>	<b>34</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	31 (100,0%)	0 (0,0%)	5	79 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Leadership	45 (97,8%)	1 (2,2%)	4	90 (98,9%)	1 (1,1%)	5	135 (98,5%)	2 (1,5%)	9
Prévention et contrôle des infections	39 (100,0%)	0 (0,0%)	1	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Gestion des médicaments	70 (95,9%)	3 (4,1%)	5	62 (98,4%)	1 (1,6%)	1	132 (97,1%)	4 (2,9%)	6
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	84 (100,0%)	0 (0,0%)	4	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	124 (100,0%)	0 (0,0%)	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>328 (98,5%)</b>	<b>5 (1,5%)</b>	<b>20</b>	<b>320 (99,1%)</b>	<b>3 (0,9%)</b>	<b>13</b>	<b>648 (98,8%)</b>	<b>8 (1,2%)</b>	<b>33</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)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<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)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<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 de Laval offre à la population de son territoire (400 000 personnes) un ensemble de services sociaux et de santé. Certains volets de sa programmation ont une vocation suprarégionale. L'établissement regroupe 32 installations et opère entre autres, 621 lits d'hospitalisation et 751 lits d'hébergement. Le CISSS de Laval compte plus de 10 000 employés, 740 membres du CMDP et 700 bénévoles. Il accueille plus de 3 070 étudiants et stagiaires par année. L'établissement est affilié avec l'Université de Montréal et l'Université McGill. L'enseignement universitaire est très développé et de nombreuses activités de recherche sont réalisées dans une optique d'amélioration des pratiques. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 900 millions de dollars.

La visite d'agrément du 5 au 10 mai 2019 concerne la séquence 1 d'un cycle d'agrément de 5 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). S'ajoute à cette démarche, l'évaluation du programme-services santé publique. Finalement, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections, de même que le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables ont été évalués de manière transversale.

**Au niveau organisationnel**

L'établissement a développé de longue date une forte culture d'amélioration continue de la qualité. De nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Une vision de gestion intégrée de risques organisationnels est mise en œuvre. Le traitement des événements indésirables et des risques est également bien structuré, autant sur le plan de la déclaration, de la divulgation, de l'analyse, que sur le plan des mesures correctives et préventives qui en découlent.

Le CISSS de Laval a mis en œuvre de nombreuses initiatives visant à renforcer l'implication des usagers et des familles (consultation, participation et co-construction). La portée organisationnelle de ce projet est en constante évolution depuis les trois dernières années. L'établissement démontre un leadership reconnu en la matière et de nombreuses réalisations en témoignent. Soulignons que le CISSS s'est associé au milieu universitaire pour déployer cette approche autant sur le plan des soins cliniques que sur le plan des décisions relatives à l'organisation des services.

L'équipe expérimentée de pharmacie démontre un historique de collaboration étroite avec les partenaires internes et externes. On a su conserver les éléments gagnants déjà en place (gérance antimicrobienne, activités cliniques des pharmaciens et gestion des médicaments en réserve sur les unités de soins) et poursuivre des travaux afin d'intégrer les nouveaux secteurs et d'harmoniser les façons de faire. Des éléments

à optimiser concernent entre autres, la gestion des équipements tels que les réfrigérateurs, le dossier de bilan comparatif des médicaments, la gestion des médicaments contrôlés, ainsi que les audits à mettre en place.

La prévention et le contrôle des infections sont menés de main de maître par une équipe dynamique et énergique pour que la sécurité et l'amélioration de la qualité soient les moteurs de leur motivation. L'écoute et la collaboration avec tous les partenaires sont naturelles.

Les équipes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et de génie biomédical (GBM) sont dévouées et méticuleuses. Le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des clients et il exécute ses tâches dans cet esprit. La pénurie de ressources humaines, tout particulièrement en GBM est un défi de plus en plus criant et, à un moindre niveau, celui des espaces.

Au sein du programme-services santé publique

Les services offerts dans le programme de santé publique sont bien intégrés. La collaboration et le travail d'équipe entre les différentes équipes de santé publique et les partenaires favorisent une intégration efficace et de haut niveau. Les présentations des traceurs dans une logique de trajectoire de services démontraient bien l'intégration, la complémentarité et la continuité dans l'offre de services.

La visite d'agrément a permis d'observer les liens très fonctionnels et opérationnels avec les partenaires du programme de santé publique notamment avec la Ville de Laval, la Commission scolaire et les organismes communautaires. Le partage de ressources et les structures de partenariats génèrent des liens efficaces et fonctionnels, se reflétant positivement sur l'offre de services.

Les mécanismes en place assurent une vigie et une surveillance constante de la qualité des services offerts par le programme. L'offre de services est constamment ajustée pour atteindre les buts et objectifs, mais également, pour respecter les plus standards de qualité.

L'ensemble des services offerts est basé sur des partenariats avec des organismes du milieu. Ces partenariats sont très fonctionnels et vont jusqu'au partage de ressources pour favoriser une offre de services plus complète et plus fonctionnelle. Notons toutefois que le programme aurait avantage à développer des partenariats avec les usagers et les familles.

L'ensemble des services de santé publique offerts sont basés sur des partenariats avec des organismes du milieu. Ils sont très fonctionnels et vont jusqu'au partage de ressources pour favoriser une offre de services plus complète et plus fonctionnelle. Notons toutefois que le programme aurait avantage à développer des partenariats avec les usagers et les familles.

En conclusion

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

## 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)

Un règlement sur la régie interne du conseil d'administration précise les rôles et les responsabilités. Un code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration a également été adopté.

Diverses activités contribuent au développement des compétences des membres du conseil d'administration. Des activités d'orientation sont offertes aux administrateurs. On invite l'organisation à s'assurer que le contenu de formation traitant plus spécifiquement des principes de gouvernance soit offert à tous les nouveaux administrateurs.

Les membres du conseil d'administration ont accès de manière régulière à l'information nécessaire pour appuyer leurs décisions. Les comités de vérification, de gouvernance et d'éthique, des ressources humaines, de vigilance et de la qualité remplissent bien leur mandat et informent régulièrement l'ensemble des membres du CA de leurs activités.

Le conseil d'administration s'est impliqué dans le dernier exercice de planification stratégique, tout en respectant les orientations définies par le Ministère. Des mécanismes permettent au conseil d'administration de veiller sur l'alignement des opérations avec les priorités stratégiques du CISSS.

À l'automne 2018, les membres du conseil d'administration ont procédé à l'évaluation de la gouvernance (outil d'Agrément Canada) et ont identifié des pistes d'amélioration. On encourage les membres à poursuivre la réalisation de ces engagements conformément au plan.

## 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)

L'approche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille est partie intégrante de la philosophie d'intervention clinique. Une politique d'établissement oriente le partenariat de soins et de services avec les usagers et les proches. L'apport des usagers est sollicité dans les principaux processus décisionnels.

Depuis l'adoption du projet de loi 10, l'établissement est tenu d'adopter le plan stratégique du MSSS (il en est de même pour la mission).

Le CISSS s'assure que ses priorités organisationnelles sont bien alignées avec le plan stratégique et opérationnalise le tout par le biais d'un portefeuille de projets révisé annuellement. Des mécanismes pour veiller sur la réalisation de ces projets interpellent l'équipe de gestion et le conseil d'administration (salle de pilotage stratégique, tableau de bord de veille de performance, salles tactiques, stations visuelles). On encourage l'organisation à poursuivre le déploiement et l'animation des stations visuelles.

Un plan des services cliniques, documenté de façon constante en regard de l'évolution des besoins des usagers et de la population, sert de fondement pour la priorisation des projets organisationnels. Un calcul de charge et de capacité est pris en considération dans le choix des priorités annuelles, dans un souci d'équilibre et de réalisme. La gestion du changement s'inscrit également dans ce processus structuré.

De nombreux partenariats sont établis avec des partenaires communautaires dans le but de fournir et de coordonner les services à la population de façon efficace et efficiente. L'organisme s'associe à divers projets de la communauté et y participe afin de promouvoir la santé et la prévention des maladies.

## 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)

L'établissement présente une saine situation financière. L'attribution des ressources financières pour les opérations et les immobilisations est soumise à un cycle rigoureux de planification. L'allocation des ressources et la priorisation des projets tiennent compte des orientations stratégiques et du plan clinique.

Le conseil d'administration (et le comité de vérification), l'équipe de direction et l'ensemble du personnel d'encadrement sont mis à contribution dans l'élaboration, l'approbation et le suivi budgétaire. La direction des services techniques travaille en étroite collaboration avec les différentes directions pour les projets de rénovation fonctionnelle et de maintien des actifs immobiliers.

Les diverses directions bénéficient du soutien d'un répondant de la direction de ressources financières pour les suivis budgétaires périodiques et l'analyse des écarts. On encourage l'établissement à uniformiser la formation offerte à cet égard lors de l'intégration des nouveaux cadres.

Bien consciente des défis financiers actuels et futurs, et dans une optique d'amélioration continue, la direction des ressources financières entend développer des expertises d'analyse et de projection financières. Elle est encouragée à aller de l'avant avec ce projet avec l'objectif d'une recherche accrue de performance.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
10.8 Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers sont définis par écrit.	!
10.13 Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les activités d'amélioration de la qualité de vie au travail s'inscrivent tout particulièrement dans la démarche Entreprise en santé dans laquelle l'établissement est significativement investi, afin d'aider les membres du personnel à prendre en charge leur santé. Diverses initiatives de reconnaissance contribuent également à la qualité de vie au travail.

Une politique relative à la prévention et la gestion des comportements violents en provenance des usagers et des visiteurs a été élaborée. Elle est associée à une politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. Les responsables de leur mise en œuvre sont bien identifiés. Les risques de violence en milieu de travail sont intégrés à l'évaluation globale des risques organisationnels. Des procédures permettent aux membres du personnel de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail. Une cartographie de la gestion d'une plainte est bien documentée.

Un plan de développement des ressources humaines a été élaboré en collaboration avec les différentes directions. Les activités de formation retenues sont bien alignées avec les priorités et obligations organisationnelles et la répartition des ressources est faite dans un souci d'équité. La formation et le perfectionnement en matière de sécurité des usagers sont offerts au personnel au moins une fois par année (Exemples : Omega, ITCA, SIMDUT, mesures d'urgence, pompes à perfusion, lavage des mains, environnement numérique). L'organisation se préoccupe également de la gestion des talents. Des accommodements sont consentis pour faciliter la poursuite des études et un programme de relève est offert aux cadres.

L'enjeu de disponibilité de main-d'œuvre présente un défi important pour l'organisation qui est confrontée à des manques dans différents titres d'emploi, avec pour conséquences de recourir au temps supplémentaire et au personnel provenant d'agences. Un plan prévisionnel de main-d'œuvre est réalisé. On encourage l'établissement à poursuivre ses efforts pour éliminer la précarité et innover dans ses stratégies de recrutement pour les domaines les plus critiques. On l'invite également à poursuivre ses

bonnes pratiques de gestion de la santé et de la sécurité au travail, de même qu'en gestion des invalidités.

Un programme d'appréciation de la contribution est défini par l'organisation. Les gestionnaires sont évalués aux ans de manière systématique. Le personnel devrait être évalué aux deux ans, mais l'application du programme est inégale d'un secteur à l'autre. On invite l'organisation à réactiver les bonnes pratiques de gestion à cet égard.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Des processus clairs et documentés sur la façon de soumettre une plainte sont communiqués aux usagers et aux familles. Le processus de gestion des plaintes est bien structuré et on s'assure de faire le lien avec l'équipe de gestion des risques devant des enjeux de sécurité.

Un plan intégré d'amélioration de la qualité a été élaboré et est mis en œuvre. Des initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets d'amélioration de la qualité au sein de l'organisme, notamment par le biais des stations visuelles.

Un cadre de gestion intégrée des risques inclut une démarche d'évaluation des risques organisationnels (plan de sécurité). Des mécanismes permettent d'identifier les risques, de les analyser, de les évaluer, d'y réagir, de les communiquer et de les surveiller. Une politique de déclaration des événements indésirables est élaborée. Des procédures sont mises en place pour assurer le suivi des événements indésirables relatifs aux usagers et aux tiers. Dans un but d'optimisation, on encourage l'établissement à compléter l'informatisation de la saisie des rapports d'accidents et d'incidents. Des analyses prospectives sont réalisées chaque année. Un rapport trimestriel sur les événements indésirables est présenté au comité de vigilance et de la qualité et déposé au conseil d'administration.

Une politique a été adoptée au sujet de la divulgation d'informations à l'utilisateur et à ses représentants à la suite d'un événement indésirable survenu lors de la prestation de soins et services. Une procédure et des outils ont été développés pour soutenir la démarche de divulgation (aide-mémoire, plan de rencontre). Bien que les divulgations soient faites, il serait souhaitable que la pratique de rédiger une note au dossier à ce sujet soit systématisée.

Une politique organisationnelle a été adoptée en regard de la mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM) et interpelle l'ensemble des directions cliniques. Une charte de projet et une structure de gouvernance encadrent le déploiement du BCM. Un outil de suivi, de même qu'un tableau intégrateur permettent de veiller sur l'avancement de l'implantation dans les différents secteurs d'activités concernés.

## 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)

Le CISSS a élaboré une cadre d'éthique qui regroupe les moyens et les stratégies permettant de veiller sur la gestion et la promotion de l'éthique clinique, de l'éthique de la recherche, de l'éthique en contexte de diversité, de même que de l'éthique liée à la gouvernance et la gestion. Un code d'éthique et de conduite a été adapté en 2018 à la suite d'une vaste consultation, incluant les usagers et les familles. On encourage l'établissement à poursuivre l'actualisation du plan d'appropriation qui en découle.

L'organisation a développé de longue date une expertise reconnue en matière d'éthique clinique. Plus de 200 consultations éthiques par année sont adressées au centre d'éthique. Le soutien d'un conseiller en éthique et d'une équipe de consultants (professionnels à l'interne formés à cet effet) sont mis à la disposition des intervenants et de services du CISSS. Les tendances relatives aux questions éthiques soulevées sont analysées et on s'assure d'y donner suite.

Diverses activités de formation en matière d'éthique sont offertes au personnel et aux gestionnaires. Devant le volume important de consultations et le défi d'y répondre rapidement, l'établissement reconnaît l'importance de soutenir les équipes terrain afin de développer des compétences en matière d'éthique. Le CISSS est également un milieu de stage et de formation reconnu pour des étudiants du domaine éthique des cycles supérieurs de l'Université de Montréal.

Le Centre d'éthique assure aussi la fonction de Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIT). À cet effet, il est appelé à coordonner les démarches découlant de près de 100 de demandes par année.

L'établissement initie et collabore à de nombreuses activités de recherche (plus de 300 projets de recherche actifs). Tous les projets de recherche sont soumis à une évaluation de la convenance et à une évaluation éthique. Le comité d'éthique de la recherche évalue près de 40 projets par an et exerce son rôle de manière très rigoureuse.

## 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)

On a bien senti la proximité naturelle entre l'organisme visité et ses partenaires externes.

L'organisme a su solidifier ses projets avec la croissance populationnelle de sa région.

Un effort remarqué pour optimiser les communications internes qui constituent une pierre angulaire de toute organisation.

Des défis sont, entre autres, l'harmonisation des systèmes de gestion d'information et l'accessibilité de façon sécuritaire aux informations disponibles dans son intranet, sans être physiquement dans un des lieux du CISSS.

## 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)

Les besoins cliniques de la population passent avant les besoins des locaux administratifs.

La collaboration étroite entre l'organisme visité et ses partenaires externes facilitent grandement les situations prévisibles et imprévisibles.

On a remarqué différentes initiatives environnementales dont les récupérations et les recyclages divers produits,

Un défi demeure à répondre adéquatement aux besoins grandissants avec la croissance de la population.

Un exercice de désencombrement est recommandé au niveau du Centre de services ambulatoires de Laval,.

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

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

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

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

L'ensemble des critères sont respectés. Les activités sont bien intégrées avec la santé publique et la prévention des infections. L'établissement aurait avantage à uniformiser l'ensemble de ses plans de mesures d'urgence pour le CISSS. L'intégration avec l'équipe de mesures d'urgence de la ville de Laval est exceptionnelle. La coordination et les opérations sont très fonctionnelles. L'établissement doit planifier davantage de simulations de différents codes de couleurs autres que les codes rouges et verts. Au Centre de services ambulatoires de Laval, nous avons observé une certaine confusion entre le code rouge et le code vert. La formation est pertinente et bien structurée pour l'ensemble du personnel. À la suite des différents événements (verglas), l'organisme doit évaluer la pertinence d'acquérir des génératrices pour des bâtiments non couverts actuellement.

## 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)

Le CISSS de Laval a adopté une politique sur le partenariat de soins et de services avec les usagers et les proches. Cet engagement se traduit par de nombreuses initiatives visant à renforcer l'implication des usagers (consultation, participation et co-construction). La portée organisationnelle de ce projet est en constante évolution depuis les trois dernières années. L'établissement démontre un leadership reconnu en la matière et de multiples réalisations en témoignent. Soulignons que le CISSS s'est associé au milieu universitaire pour déployer cette approche dans l'ensemble de l'organisation, autant sur le plan des soins cliniques que sur le plan des décisions relatives à l'organisation des services.

Un projet d'évaluation du partenariat de soins et services a été réalisé dans la dernière année. Il a permis de faire le point sur les acquis et de dégager des pistes d'amélioration à prioriser. Des indicateurs cibles permettent de veiller au déploiement du partenariat de soins et services.

Différents mécanismes ont été mis en place pour soutenir l'implantation de cette approche (Bureau du partenariat de soins et services, comité de coordination, et autres). Le processus de recrutement d'usagers partenaires est bien structuré et outillé (80 usagers partenaires sont actifs). Différents types de formation relativement à l'approche collaborative sont offerts aux usagers partenaires et au personnel impliqué. Des témoignages recueillis lors de l'évaluation des trajectoires cliniques témoignent de l'actualisation répandue de cette approche de partenariat avec les usagers et des bénéficiaires qui s'en dégagent. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts de sensibilisation pour soutenir la pérennisation de l'approche.

Le comité des usagers du centre intégré (CUSI), les comités des usagers continués (CUC) et les comités des résidents sont actifs et engagés dans divers projets. Ils bénéficient du soutien administratif d'une personne-ressource pour faciliter l'exercice de leur mandat. Les personnes rencontrées reconnaissent que la direction de l'établissement collabore bien avec le comité des usagers. Il serait souhaitable de consentir des efforts accrus pour valoriser le rôle du comité des usagers et multiplier les consultations émanant des directions sur des sujets d'intérêt.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

D'entrée de jeu il faut signaler la haute qualité globale de ce processus transversal. D'abord le personnel; il fait preuve d'un enthousiasme communicatif, d'un dévouement et d'un engagement exemplaires envers la qualité des soins et l'amélioration de la qualité. À preuve, ils visitent d'autres services pour y chercher de bonnes idées.

L'équipe est félicitée pour son service de retraitement des endoscopes souples; en particulier l'aire d'entreposage qui est un modèle du genre.

La chef du service d'URDM (unité de retraitement des dispositifs médicaux) est félicitée pour sa fidélité à faire les évaluations du personnel selon le calendrier prévu.

L'équipe est encouragée à faire les modifications ergonomiques proposées pour éviter les problèmes de santé et les absences maladie qui pourraient résulter d'un lieu de travail inapproprié.

L'équipe est également encouragée à poursuivre son projet d'informatisation de l'assemblage et de la traçabilité. Les gains de productivité et de sécurité seraient appréciables.

Il serait souhaitable d'augmenter la fréquence des réunions d'équipe de l'URDM : ces réunions pourraient faciliter les communications et permettre au chef de faire la démonstration de tous les efforts qu'elle fait pour améliorer le service, rassurer le personnel et obtenir leur rétroaction.

L'équipe mène plusieurs activités d'amélioration continue de la qualité. Pratiquement toutes concernent la solution de petits problèmes ou inefficiences notés lors des audits, questionnaires ou enquêtes menés par le service. L'équipe est encouragée à mener des activités positives d'amélioration, i.e. des activités qui visent l'amélioration des processus et techniques qui vont les amener à un niveau supérieur pour devenir des leaders dans le retraitement des dispositifs médicaux. L'utilisation d'une méthodologie bien documentée rendrait ces activités publiables dans les revues spécialisées et apporterait du prestige en plus des gains de qualité et sécurité.

La gestion des appareils et équipements médicaux (sélection, achats, entretiens et formation) est bien faite et satisfaisante. L'équipe est cependant encouragée à s'assurer qu'elle dispose des ressources humaines et espaces suffisants pour remplir pleinement sa mission.

## 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>	
2.4 Le comité interdisciplinaire établit des procédures pour chaque étape du processus de gestion des médicaments.	!
10.2 La variété de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'utilisateur est limitée.	!
11.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!

12.3 Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Une équipe expérimentée du département de pharmacie qui a un historique de collaboration étroite avec ses partenaires internes et externes.

Ils ont su conserver les éléments gagnants déjà en place (gérance antimicrobienne, activités cliniques des pharmaciens et gestion des médicaments en réserves sur les unités de soins) et ils poursuivent leurs travaux afin d'intégrer les nouveaux secteurs (gestion des médicaments de centre de jeunesse) et d'harmoniser les façons de faire (politiques et procédures, système de gestion d'information, etc.).

Des éléments à optimiser sont, entre autres, la gestion des équipements tels que les réfrigérateurs (sur les unités de soins), le dossier de bilan comparatif des médicaments (afin de respecter le plan stratégique), l'harmonisation des pompes pour administration des médicaments, la gestion des médicaments contrôlés (même si en pratique, on n'a pas noté de problème particulier) et les audits à mettre en place (abréviations interdites au niveau des notes d'évolution et de la double vérification indépendante).

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

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

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

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

Il s'agit d'une équipe extrêmement compétente, entièrement dévouée à la qualité et à la sécurité des services. Une équipe enthousiaste avec de l'imagination pour trouver des solutions originales.

Voici quelques exemples des initiatives de cette équipe et pour lesquelles elle mérite des félicitations :

- l'utilisation des téléphones cellulaires pour joindre en tout temps le responsable de chaque site pour le CPI (contrôle et prévention des infections);
- augmenter drastiquement la vitesse de réponse des tests de dépistage de l'influenza pour prendre plus rapidement les décisions cliniques et accélérer la gestion des lits;
- la confection d'une matrice des risques qui sera bientôt diffusée;
- un arbre décisionnel adapté à leurs propres besoins pour faciliter la prise de décision dès la réception d'un rapport;
- la production d'une affiche « EXIGEZ-LE » pour inviter les clients à exiger que leurs prestataires de soins se lave les mains avant de procéder à leurs soins;
- le pamphlet « MA SÉCURITÉ, TA SÉCURITÉ.....NOTRE SÉCURITÉ. LA SÉCURITÉ: UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE » remis aux clients à l'admission est un modèle du genre;
- l'application sur téléphone cellulaire pour les audits sur l'hygiène des mains a permis d'augmenter, standardiser et faciliter la distribution de l'information relative aux audits sur l'hygiène des mains;
- la distribution de rapports statistiques avec commentaires aux différents services et unités est à signaler.

L'équipe des médecins est félicitée pour la participation de tous les membres du service à la garde en CPI.

L'équipe est encouragée à s'assurer que les sites extérieurs et les foyers complètent les audits prévus pour vérifier la compliance générale aux politiques et procédures du CPI.

L'équipe a atteint un niveau d'excellence qui lui permet, dans ses activités d'amélioration de la qualité, de concevoir des pratiques améliorées qui deviendront de nouveaux standards. Nous vous encourageons à poursuivre dans cette direction.

## 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>	
4.2 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!

<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>	
3.4 Les buts et objectifs des services de santé publique sont mesurables et précis.	

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

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

L'organisme répond à ce critère, mais devrait réfléchir sur l'intégration des usagers et de sa famille au-delà de ses partenaires pour rejoindre les usagers et les familles qui reçoivent les services.

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

L'organisme répond à la majorité des critères. L'organisme doit intégrer les usagers et les familles dans les décisions et les opérations. Les partenaires (clients) sont impliqués, mais l'organisme pourrait intégrer davantage les usagers ou les familles, bénéficiaires de leurs offres de services. Le dynamisme de l'équipe et le travail en équipe sont des forces actives. Le partage de tâches et la complémentarité font en sorte que les compétences de l'équipe soient bien exploitées.

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

L'organisme répond à l'ensemble des critères. Une culture de la mesure doit être davantage développée en utilisant des objectifs « SMART » (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporel). Des indicateurs sont identifiés pour la grande majorité des projets ou objectifs. L'organisme doit développer des processus pour définir une mesure de départ, et régulièrement en cours de projet, afin de mesurer le taux d'avancement de ses projets. De plus, l'organisme devrait s'assurer d'une compréhension commune (avec ses partenaires) des objectifs, mais également de la signification des indicateurs.

**Processus prioritaire : Santé publique**

L'organisme répond à la grande majorité des critères. L'organisme doit cependant développer et implanter davantage une culture de la mesure. Il faut cependant souligner l'excellence et l'efficacité des partenariats développés dans l'ensemble de ses services de santé publique. Les services en lien avec la prévention de blessures intentionnelles et non intentionnelles sont offerts. L'organisme aurait avantage à regrouper l'information concernant son offre de service dans ce domaine et à établir des objectifs et des mesures sur l'atteinte de ces objectifs.

## 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 : 1 juin 2018 au 6 juillet 2018**
- **Nombre de réponses : 16**

#### 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.	6	6	88	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.	81	6	13	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	13	75	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	13	88	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	6	94	96
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	19	13	69	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	6	0	94	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	13	87	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.	6	6	88	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.	0	7	93	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	21	79	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 revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	13	87	82
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	29	36	36	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.	6	6	88	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	53	33	13	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.	13	7	80	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	14	86	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	13	88	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	36	21	43	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	54	31	15	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	15	31	54	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	7	20	73	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.	13	13	73	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	17	25	58	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	18	27	55	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	7	27	67	77
34. La qualité des soins	7	27	67	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.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

C'est avec fierté que nous accueillons les résultats de la visite d'évaluation de la qualité et prenons connaissance des constats émis par les visiteurs, dont notamment :

- Une approche de soins centrée sur l'utilisateur et la famille;
- Le personnel, les bénévoles et les médecins engagés et dédiés;
- Une collaboration dynamique avec les multiples partenaires de la communauté;
- L'importance de la gestion de la qualité et des risques pour le personnel et l'équipe de gestion;
- Un esprit novateur et l'utilisation des meilleures pratiques;
- L'alignement stratégique par l'utilisation du système de gestion (salles de pilotage et stations visuelles);
- La conformité aux meilleures pratiques de gouvernance.

Évidemment, nous ne pouvons passer sous silence la motivation des équipes à appliquer les meilleures pratiques qui se traduit par une conformité aux 25 pratiques organisationnelles requises qui ont été évaluées.

Ces résultats représentent la reconnaissance de la qualité du travail, des compétences, de la détermination et de l'engagement de l'ensemble des personnes œuvrant au CISSS de Laval.

Évidemment, quelques défis demeurent et dans les prochains mois, nous travaillerons à les relever. Pensons notamment aux efforts que nous poursuivrons à recruter et retenir la main-d'œuvre, à préserver la santé financière de notre organisation ainsi qu'à poursuivre notre intégration afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services.

C'est donc avec enthousiasme que les équipes poursuivront l'amélioration des pratiques afin de démontrer, encore et toujours, que nous sommes une organisation Digne de confiance, à chaque instant.

## 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 15 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.