



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Joliette, QC

Dates de la visite d'agrément : 24 au 28 février 2019

Date de production du rapport : 29 mars 2019

Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (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 février 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

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	9
Résultats détaillés de la visite	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	16
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	23
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	24
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	33
Résultats des outils d'évaluation	36
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	36
Annexe A - Programme Qmentum	40
Annexe B - Processus prioritaires	41

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (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 : 24 au 28 février 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. Centre d'hébergement du Piedmont
2. Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Joliette
3. Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
4. Centre hospitalier De Lanaudière
5. CLSC de Joliette
6. CLSC de Saint-Esprit
7. Hôpital Pierre-Le Gardeur

- **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.)	54	3	0	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	176	24	16	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	64	3	1	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	24	7	1	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.)	230	45	9	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	31	1	0	32
Total	597	83	28	708

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 (96,0%)	2 (4,0%)	0	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	84 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Leadership	44 (91,7%)	4 (8,3%)	2	86 (93,5%)	6 (6,5%)	4	130 (92,9%)	10 (7,1%)	6
Prévention et contrôle des infections	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	25 (80,6%)	6 (19,4%)	0	61 (85,9%)	10 (14,1%)	0
Gestion des médicaments	61 (88,4%)	8 (11,6%)	9	33 (55,0%)	27 (45,0%)	4	94 (72,9%)	35 (27,1%)	13
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	81 (94,2%)	5 (5,8%)	2	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0	114 (90,5%)	12 (9,5%)	2
Santé publique	37 (86,0%)	6 (14,0%)	4	62 (92,5%)	5 (7,5%)	2	99 (90,0%)	11 (10,0%)	6
Total	307 (91,4%)	29 (8,6%)	17	275 (84,4%)	51 (15,6%)	10	582 (87,9%)	80 (12,1%)	27

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
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
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	4 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	5 sur 5	2 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
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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.

Continuité des trajectoires de services au sein des programmes et en lien avec les autres partenaires de l'offre de services.

Au CISSS de Lanaudière chaque direction clinique a le mandat d'élaborer dans ses services une trajectoire des services afin d'assurer que le cheminement du client à travers les différents services soit ininterrompu. Les arrimages entre les services sont assurés par les professionnels et les équipes en place sans que le client ait à faire lui-même des démarches pour contacter les services dont il a besoin. Des exemples concrets de ce qui a été implanté en DI-TSA-DP, Jeunesse, SAPA et Oncologie ont été présentés. Là où il était possible de le faire, le rapatriement des équipes dans un même lieu a démontré être très apprécié de tous et facilitant pour les échanges autant pour les équipes que pour les clients.

La gestion de la qualité et des risques

La gestion de la qualité et des risques est une priorité organisationnelle et les structures nécessaires à cette fin ont été mises en place. La Direction qualité, évaluation et performance a assuré la mise en place des salles de pilotage au niveau stratégique de même que l'implantation des salles tactiques à tous les niveaux d'une direction. De plus, des stations de gestion visuelle permettent aux équipes d'apprécier le progrès dans l'atteinte des objectifs fixés. Des outils sont offerts aux gestionnaires afin de les supporter dans l'animation des tableaux de gestion visuelle. Cette pratique mise en place depuis deux ans n'est pas au même niveau de développement dans tous les services, mais l'implantation se poursuit. Un comité de gestion des risques est en place se rapportant au Comité de vigilance du CA et assure le suivi de tous les incidents, accidents, événements sentinelles et plaintes reçues par le Commissaire aux plaintes. L'équipe assure le suivi de toutes les recommandations émises post événement.

Le partenariat établi avec les patients et familles

Le CISSS de Lanaudière compte six comités des usagers. À ce jour, il a pu recruter une quinzaine de patients-partenaires impliqués au sein de différents services et programmes. Les comités des usagers sont en place depuis plusieurs années et leurs rôles et responsabilités sont clairement définis par la loi. Leurs rôles au sein des différents programmes sont variables, mais très importants et appréciés. Les patients-partenaires dans les programmes ou services particuliers sont en place et bien engagés depuis évidemment moins longtemps. Un travail est à faire pour clarifier l'apport de chacun depuis la décision de l'établissement d'introduire le patient-partenaire. L'implication des usagers/patient-partenaire dans plus de secteurs et non seulement dans les secteurs cliniques est à développer afin que de façon systématique le réflexe d'impliquer les usagers soit présent.

Le taux de conformité aux pratiques organisationnelles

Certaines POR ont été implantées tout récemment et parfois dans certains services seulement et pas à la grandeur de l'établissement. Cette réalité fait en sorte que la possibilité d'évaluer le niveau d'implantation n'est pas possible et que certains points des tests de conformité ne sont pas rencontrés.

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
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées 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"> · Gestion des médicaments 14.6
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique 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"> · Leadership 15.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé 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"> · Gestion des médicaments 2.5

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Le CISSS de Lanaudière est régi par un conseil d'administration composé de membres avec des compétences diverses et ayant des expériences diverses. Ils proviennent de différentes régions du territoire du CISSS de Lanaudière. Depuis la création du CISSS en avril 2015 et la mise en place du premier CA à l'automne 2015, les mandats de plus de la moitié des membres ont été renouvelés. Le CA s'est doté d'une politique d'accueil des nouveaux membres afin d'assurer une intégration réussie au sein du conseil. Plusieurs comités sont en place afin d'assurer que le CA assume pleinement ses responsabilités à l'égard de la planification stratégique, les ententes de gestion et d'imputabilité ainsi que la qualité et la sécurité des services à la population desservie par le CISSS. Les suivis nécessaires sont assurés par les divers comités mis en place (comité de gouvernance, comité éthique et ressources humaines, comité de vigilance de qui relève le comité de la gestion des risques, comité de vérification). Le comité de gouvernance a implanté une grille d'évaluation après chaque rencontre du conseil afin de saisir les commentaires des membres sur le déroulement de la séance. Ce comité a aussi comme mandat de porter une attention particulière de la situation par rapport aux ressources humaines. La capacité de l'organisme à accomplir sa mission repose sur la présence d'une main-d'œuvre compétente et disponible. Le dossier de la pénurie est une préoccupation importante pour le CA de même que le dossier de la gestion des talents à l'intérieur de l'organisme.

Les séances du CA sont ouvertes au public et le CA reçoit les questions du public jusqu'à une heure avant la tenue de l'assemblée.

La sécurité des usagers est un au cœur des préoccupations du CA. Après quelques années où l'accent a été mis sur les aspects quantitatifs des données reçues et des analyses, le CA souhaite se tourner plus particulièrement vers les aspects plus qualitatifs. À cette fin, les membres du CA et le DG ont tenu des forums avec les populations afin de répondre aux questions provenant de la communauté.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Dans le contexte de la création du CISSS, chacun des programmes a le mandat d'assurer l'accompagnement de la clientèle tout au long de sa trajectoire dans le service. Cependant, tous les programmes ne sont pas au même stade de développement. Des exemples d'implantation de prise en charge de la trajectoire ont été notés. Prenons, à titre d'exemple, la trajectoire DI-TSA et DP où s'est effectué un travail d'arrimage avec les organismes communautaires, partenaires du réseau pour travailler ensemble afin de soutenir les parents à chaque étape du développement de l'enfant et aussi pour s'assurer que le parcours est ininterrompu et que le parent est bien orienté. Ce même travail s'est fait au sein de l'équipe jeunesse et SAPA. L'intégration au sein d'une même équipe dans des locaux communs de plusieurs services, lorsque possible, favorise une meilleure communication, assure une prise en charge dans les délais identifiés et crée des équipes dynamiques. Le déploiement des équipes intégrées apporte une plus-value aux services rendus aux clients.

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 a pu profiter de nouvelles enveloppes budgétaires lui permettant d'augmenter son offre de services en réponse aux besoins de la population qu'il dessert. L'ajout d'un montant substantiel a permis au CISSS un certain rétablissement au niveau de l'équité par rapport au financement entre les régions. L'ajout de ces montants permet à la population de bénéficier de services additionnels.

Une gestion rigoureuse de l'ensemble des éléments financiers est bien en place au CISSS de Lanaudière. La planification financière est faite en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires qui reçoivent de la formation en lien avec les aspects financiers ainsi que sur des statistiques sur la performance. Chaque direction peut compter sur le soutien d'un analyste financier attiré qui apporte le soutien nécessaire afin que les gestionnaires puissent mieux comprendre les écarts dans les budgets et les ratios de performance. Chaque directeur s'engage à l'équilibre budgétaire global de sa direction ce qui lui permet une certaine marge de manœuvre afin de couvrir les écarts dans un secteur plus en difficultés dus à des situations particulières. La direction impose dorénavant la présence des directeurs aux rencontres budgétaires avec les gestionnaires avec des résultats positifs.

L'équipe a récemment implanté une vérification et validation interne des données afin de s'assurer de la qualité de la saisie des données.

Au niveau des immobilisations, une gestion rigoureuse des diverses enveloppes budgétaires disponibles, les montants engagés et l'état d'avancement des projets en cours.

L'équipe est félicitée pour cette gestion serrée au bénéfice de la clientèle du CISSS.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Tout au long de la visite et dans tous les secteurs, nous avons pu observer les équipes engagées et très fières de leur travail. La direction des ressources humaines travaillant en partenariats étroits avec les divers paliers de l'organisation afin d'atteindre sa principale mission qui est de soutenir toutes les équipes. La mise en place de trois comités, soit les comités stratégique, tactique et opérationnel, assure un soutien, un accompagnement et l'opportunité d'implanter les meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines.

Un des principaux défis auxquels fait face le CISSS est l'attraction et la rétention des ressources humaines. L'établissement se doit d'être fier de l'excellente collaboration avec les instances syndicales qui ont permis des négociations locales gagnant-gagnant pour les deux parties et la mise en place de conditions attractives. Ce travail de collaboration a aussi permis l'installation d'une approche où les deux parties travaillent en amont du processus d'arbitrage et de judiciarisation en adoptant des mécanismes de médiation.

Au niveau de la planification de la main-d'œuvre, comme l'exige le MSSS, l'organisation développe son Plan d'action de la main-d'œuvre autant pour les employés que pour les cadres. L'établissement procède à du recrutement proactif afin d'avoir une liste de candidats qui ont réussi le processus pour des titres d'emplois fréquemment en demande afin de pouvoir répondre dans les meilleurs délais aux demandes des gestionnaires. L'organisation a aussi un plan de relève de la main-d'œuvre au niveau des cadres en s'engageant dans le Programme national de développement des leaders. L'exercice en cours permettra le repérage de candidats qui seront retenus pour ce programme. Aussi plus d'une vingtaine de candidats seront également identifiés dans le cadre du Plan de développement individuel.

L'établissement est aussi félicité pour ses stratégies d'attraction novatrices ainsi que sa présence et participation aux nombreux forums de recrutement : une cohorte travail-étude de futurs PAB, un blitz d'entrevues avec un système de gestion des CVs reçus dans les 24-48 heures ainsi que l'Encan des postes. Le CISSS commence à voir les effets de tous ces efforts en constatant qu'il y a un excédent des embauches versus les départs. Au niveau de la rétention, l'organisation a un Plan de développement des compétences autant pour les employés que pour les cadres ainsi qu'un Plan de développement continu. Cette formation peut être offerte en ligne par l'ENA/Moodle. L'organisation prévoit l'implantation d'une brigade de rétention permettant d'identifier et travailler un à un avec les employés qui pourraient potentiellement décider de quitter l'établissement pour des raisons diverses. Les cadres bénéficient d'une intégration personnalisée et de 5 modules de formation appelés les Indispensables.

Les gestionnaires du CISSS bénéficient d'un soutien continu et ont des outils disponibles de la part des RH dans tous les aspects des responsabilités d'un gestionnaire.

L'équipe a mis un plan de présence au travail afin d'adresser une problématique qui perdure depuis quelque temps et qui crée des difficultés dans l'offre de services.

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

Une culture centrée sur la qualité et la sécurité des clients était déjà présente à la création du CISSS, car plusieurs des organismes constituants avaient participé à des visites de qualité par des organismes reconnus. Le premier mandat a été de créer un comité de gestion des risques et un comité de vigilance et aussi d'assurer le suivi des recommandations émises lors des visites d'agrément antérieures, ce qui a été fait. En lien avec le plan stratégique et la cible établie par le MSSS, l'établissement a procédé à l'implantation des salles de pilotage stratégique afin de favoriser la mise en place d'une gestion axée sur la performance. Découlant de cet axe, les directions ont implanté les salles tactiques propres à chacun de leurs services, ainsi que l'approche de gestion visuelle afin d'assurer le suivi des indicateurs.

L'équipe Jeunesse est félicitée pour son projet au niveau d'un système intégré de gestion de la performance basé sur des pratiques collaboratives. Le développement d'un cadre de collaboration entre les comités des usagers et la direction programme -jeunesse est une alliance essentielle. Cela se traduit par des visites de satisfaction auprès d'usagers par les gestionnaires et des représentants des comités des usagers.

L'organisme est à finaliser son plan de sécurité ainsi que la politique de divulgation pour le CISSS.

Les comités des usagers de même que certains services ont initié des sondages auprès des usagers et ont émis des recommandations sur les points à améliorer. Le suivi des plaintes reçues par la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a aussi été une opportunité d'amélioration.

L'organisme en est à ses débuts dans l'implantation du BCM dans deux programmes cliniques. Les équipes en Jeunesse et santé mentale assument bien cette nouvelle responsabilité et on encourage l'établissement à poursuivre le déploiement et évaluer les processus.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!

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

Les comités d'éthique clinique et de la recherche ont des membres dynamiques et dévoués. L'année 2018 a été riche en réalisations tels l'élaboration du cadre d'éthique clinique, l'éclatement du cadre de référence de l'éthique de recherche pour le rendre plus convivial et l'élaboration de diverses politiques et procédures en éthique de recherche. Maintenant, le défi pour les deux comités d'éthique est de communiquer aux différentes équipes les fondations que les comités d'éthique ont bâties et d'impliquer les usagers dans divers processus.

Par ailleurs, plusieurs équipes ont souligné leur appréciation envers le comité d'éthique clinique qui leur a offert un support diligent dans la résolution de dilemmes éthiques. L'organisme est invité à pousser la réflexion pour baliser le recours au comité d'éthique clinique et atteindre un équilibre entre l'autonomie de gestion et le recours au comité d'éthique.

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)

De nombreux changements ont été apportés au plan de communication de l'établissement, depuis la création du CISSS, afin de ne parler que d'une seule voix autant à l'interne qu'à l'externe. Plusieurs outils de communication tels que le site web et les médias sociaux sont utilisés pour communiquer avec la population et informer concernant les services, projets et tout autre sujet. Les usagers sont invités à soumettre des demandes d'information via le site web en assurant une réponse dans les meilleurs délais. Travaillant en étroite collaboration avec la Commissaire aux plaintes, la direction a prévu la possibilité pour les usagers de remplir un formulaire pour la soumission d'une plainte en ligne. Ceci sera possible une fois l'accès sécurisé.

L'établissement entretient de bonnes relations avec les médias et est soucieux de donner suite aux demandes rapidement lorsque possible et éviter autant que possible de refuser d'y répondre dans un souci de transparence.

Afin d'assurer un meilleur contrôle sur les demandes d'information qui proviennent de divers milieux, la directive en place exige qu'il n'y ait qu'un canal unique pour la transmission d'informations qui passe par la direction des communications afin d'assurer un meilleur contrôle et une cohérence sur les messages véhiculés.

Beaucoup d'efforts sont déployés à rencontrer les partenaires et la communauté elle-même. On note les Forums populationnels, le travail avec les comités des usagers. La direction est à développer une campagne appelée « Il était 12 fois » portant sur les 12 droits des usagers en collaboration avec les comités des usagers d'ici quelques mois.

La communication à l'interne est une priorité pour l'établissement et plusieurs moyens sont en place à cette fin soit l'Infolettre, des visioconférences tenues mensuellement avec l'ensemble des gestionnaires, les rencontres avec les Fondations.

Beaucoup de travail est fait afin d'assurer la sécurité de l'information. Divers moyens sont mis en place afin d'assurer que tous respectent les politiques en place à cet égard. Des formations obligatoires sur la protection des renseignements sont en place.

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)

L'établissement a réalisé un projet novateur permettant la réduction des déchets et éliminant les odeurs des déchets par l'introduction d'un système de déshydratation thermique pour les déchets de production alimentaire. Cette réalisation a permis de diminuer drastiquement la quantité annuelle de déchets liés à la production alimentaire. Nous soulignons cette pratique innovante du premier établissement au Québec à se doter de cette technologie. Les déchets secs produits sont récupérés par une firme qui réalise des toits verts, donc élimination totale des déchets de la production alimentaire dans l'environnement.

Lors de la visite, nous avons visité un chantier de construction qui permettra à terme de compacter les cartons diminuant considérablement le coût de transport et l'empreinte carbone sur l'environnement. Ce chantier permettra aussi de déplacer à l'extérieur le conteneur de déchets et réduire les accidents de travail en installant un système de bascule pour vider les chariots de déchets et les déchets biomédicaux (autoclaves). Par ailleurs nous encourageons l'équipe à se doter d'une politique et de procédures afin de recycler les autres matériaux (papier, plastic, etc.)

Nous avons constaté au bloc opératoire du CHDL un encombrement des corridors à l'intérieur du bloc et une porte de sortie de secours qui est bloquée par des équipements. Il y a lieu de libérer la porte de sortie de secours de tout équipement ou autre fourniture afin d'assurer une sortie sécuritaire des intervenants en cas d'urgence.

Il y a aussi un encombrement de matériel dans les urgences qui déborde des lieux d'entreposages encombrant ainsi les corridors déjà bien occupés par des civières en débordement. Il y aurait lieu de voir à réduire le matériel et voir à des livraisons juste à temps.

Nous avons constaté que le service de retraitement des dispositifs médicaux à l'Hôpital de Lanaudière est sur deux étages et la section du premier lavage et décontamination est très restreinte et n'a pas été ajustée avec l'augmentation des salles d'opération et du nombre d'interventions.

Nous avons discuté avec les équipes du secteur de retraitement et les dirigeants de la direction des services techniques qui confirme cette réalité et identifie qu'un projet est à l'étude afin de relocaliser et de regrouper l'ensemble des activités de retraitement dans un même lieu. Nous encourageons l'établissement à poursuivre en ce sens afin de régulariser cette situation.

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
Ensemble de normes : Leadership	
14.8 Un plan de communication en cas d'urgence est élaboré et mis en oeuvre.	
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.	!
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections	
13.7 Les politiques et les procédures sont revues régulièrement et des changements y sont apportés, s'il y a lieu, après chaque éclosion.	
Ensemble de normes : Santé publique	
13.1 Un plan d'intervention en cas d'urgence de santé publique est intégré au plan global d'intervention tous risques de l'organisme en cas de catastrophe ou d'urgence.	!
13.2 Une capacité d'amorcer rapidement une intervention en cas d'urgence de santé publique existe, conformément au plan global d'intervention tous risques en cas de catastrophe ou d'urgence.	!
13.3 Des critères d'activation clairs existent pour l'amorce d'une intervention d'urgence.	!
13.6 En collaboration avec les partenaires, un plan de communication pour informer le public à propos des urgences de santé publique est établi et respecté.	!
13.7 L'intervention d'urgence en santé publique est mise à l'essai dans le cadre d'exercices généraux d'intervention tous risques en cas de catastrophe ou d'urgence.	

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

La direction a entrepris la visite de tous les CHSLD afin d'établir le portrait détaillé appelé « Connaissances du milieu » qui permet d'intervenir de façon plus efficace et dans de meilleurs délais lors de situations d'urgence. L'équipe a apporté beaucoup d'améliorations à la valise de garde facilitant énormément le travail des personnes de garde et assurant une prise en charge des situations d'urgence et de sinistres dans les meilleurs délais. De la formation, des outils et du soutien sont offerts aux employés afin de bien les préparer à répondre efficacement lors de sinistres. Une personne dédiée assure la formation de tous les employés privilégiant ainsi un meilleur contrôle sur la formation reçue et le message communiqué.

L'équipe a dû répondre à plusieurs reprises à des situations complexes sur son territoire, l'obligeant à activer différents codes. Ces situations ont permis à l'équipe et aux autres partenaires du territoire d'évaluer les failles dans les processus en place et y apporter des améliorations. Un des points communs qui ressort de toutes ces interventions est l'importance de la communication. Le plan de communication en cas d'urgence est essentiel et en voie de préparation. Certaines composantes de ce plan sont en place, mais doivent être intégrées. L'équipe a participé à une pratique du Code Orange avec la Ville de Repentigny ce qui a permis d'apporter des améliorations à beaucoup de niveaux.

L'équipe a pris l'initiative dans plusieurs situations comme la rencontre avec les MRC (Municipalités régionales de comté) de la région ce qui permet l'échange sur la compréhension de chacune de ses responsabilités face aux situations d'urgence qui surviennent sur leur territoire.

L'équipe est félicitée pour son approche proactive et la mobilisation rapide des différents membres du personnel qui répondent positivement et rapidement lors qu'ils sont interpellés.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!
Ensemble de normes : Leadership	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	

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

En Centre Jeunesse, le travail en partenariat avec le comité des usagers et les parents est très apprécié de tous.

Dans certains programmes, la présence du patient-partenaire est bien installée et son apport est bien apprécié. Tel est le cas en oncologie, AVC et clinique de la douleur.

L'apport des usagers a aussi été sollicité dans les équipes de soutien tel que vu dans le dossier de location d'équipements.

L'organisme est félicité pour l'initiative de comité des proches aidants qui vise la sensibilisation du personnel et des proches aidants présents autour du client ainsi que le développement d'outils pour le repérage des proches aidants.

L'organisation est encouragée à travailler avec les usagers, que ce soit les comités des usagers ou les patients partenaires afin de clarifier les rôles de chacun pour dissiper toutes les perceptions de changement du rôle des comités d'usagers et leur contribution importante depuis l'implantation du patient-partenaire.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
12.5 Les PON sont respectées pour manipuler, distribuer et transporter l'équipement, les dispositifs médicaux stériles.	!
15.3 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des parties prenantes.	
15.4 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!
15.5 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des parties prenantes.	
15.6 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.8 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.9 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

15.12 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité avec l'apport des parties prenantes.

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

Équipe très mobilisée et à la recherche de solutions durables afin d'améliorer et optimiser les processus.

L'équipe est à uniformiser le système de suivi, du programme d'entretien préventif des équipements médicaux. Nous avons visualisé le système Aset et nous avons constaté que l'ensemble de l'information pour un équipement s'y retrouve (acquisition, entretien préventif, etc.)

L'emplacement URDM décentralisé sur deux sites à l'Hôpital de Lanaudière n'est pas optimal et la salle de pré nettoyage et de lavage est exiguë avec beaucoup d'instruments et trois préposés qui ont très peu d'espace pour exécuter leurs tâches.

L'équipe identifie qu'il y a un plan de relocalisation de l'URDM sur un étage à proximité du bloc opératoire, nous les encourageons à poursuivre en ce sens afin de corriger la situation et assurer une trajectoire optimale du processus de lavage décontamination et stérilisation sur le même étage.

Les locaux actuels de l'endoscopie comportent plusieurs non-conformités, dont le non-respect de la confidentialité au poste d'accueil de la clientèle, des salles d'examen encombrées, une salle d'entreposage des scopes non conforme, n'étant pas dans des armoires fermées et ventilées ce qui oblige de retraiter les scopes non utilisés après 16 heures. Nous avons eu l'occasion de visiter les nouveaux locaux qui sont actuellement en construction et ces nouvelles installations devraient permettre de rencontrer les exigences que nous nous attendons pour ce service.

Au Centre hospitalier de Lanaudière, les instruments ne sont pas burinés et il n'y a pas de système de traçabilité des instruments informatisé. L'équipe a dans ces plans de réaliser ce projet, nous les encourageons fortement à poursuivre en ce sens afin d'assurer une traçabilité de chaque instrument.

Récemment le service de retraitement des instruments des dispositifs médicaux a réalisé une enquête de satisfaction des services de stérilisation. Cependant l'équipe est en analyse actuellement des résultats mais il n'y a pas de plan d'amélioration et d'indicateurs de suivi d'élaboré (critère 15.3 à 15.12). Nous encourageons l'équipe à poursuivre leurs travaux en ce sens.

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
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
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.	
2.5.6 Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	SECONDAIRE

2.10	Le comité interdisciplinaire élabore un processus visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	
2.11	Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour l'utilisation des médicaments expérimentaux qui est conforme aux règlements de Santé Canada.	
2.12	Le comité interdisciplinaire élabore un processus sur l'utilisation de médicaments en situation d'urgence qui est conforme aux exigences du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.	
2.13	Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers et les familles.	
2.16	Le comité interdisciplinaire évalue la conformité par rapport à chaque étape du processus de gestion des médicaments.	
3.1	Le comité interdisciplinaire établit des critères pour ajouter ou retirer des médicaments du formulaire.	
4.4	L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
8.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie doit être élaborée et mise en oeuvre.	!
8.4	Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.	!
12.1	L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.	!
12.2	Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
12.3	Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.10	Les aires d'entreposage des médicaments sont inspectées régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
14.3	Des critères pour l'acceptation d'ordonnances sont élaborés et respectés.	!
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.	

	PRINCIPAL
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 ».	
14.7 Une politique qui précise quand les ordonnances verbales et téléphoniques de médicaments sont acceptables et comment il faut les transcrire est élaborée et mise en oeuvre.	!
15.5 Une procédure est en place pour régler les cas de désaccord qui surviennent au sein de l'équipe au sujet des ordonnances de médicaments.	
16.1 Les aires de préparation des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
16.5 Tout contact direct avec le médicament est évité en cours de préparation.	!
19.3 Le mécanisme de délivrance des médicaments pour les périodes où la pharmacie est fermée est évalué régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
21.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'usager et la famille.	!
22.1 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
22.2 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
22.3 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
23.6 Les numéros de lot et les dates de péremption des vaccins sont consignés dans le dossier de l'usager après l'administration.	
25.4 Le comité interdisciplinaire favorise l'échange d'information avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe au sujet des mesures qui ont été recommandées et des améliorations qui ont été apportées.	
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. | |
| 27.1 | Les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion des médicaments sont fournies. | |
| 27.4 | Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement son mécanisme de gestion des médicaments de façon approfondie. | |
| 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

Les équipes impliquées dans la gestion du médicament sont dévouées et efficaces. Leurs réalisations notables sont à souligner tels l'amorce de la révision du circuit du médicament et le dépassement des objectifs de réduction de l'utilisation des quinolones dans le cadre du programme de gérance des antimicrobiens.

Les équipes sont encouragées à poursuivre leur élan dans l'optimisation du circuit du médicament et à intégrer les diverses procédures aux intervenants. L'organisme est encouragé à adresser en priorité les éléments de base des principes de manipulation du médicament et de la tenue des aires d'entreposage des médicaments.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.2 Des politiques et des procédures qui correspondent aux règlements applicables, aux données probantes et aux meilleures pratiques, ainsi qu'aux priorités organisationnelles sont en place.	!
4.3 Des politiques et des procédures sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles tant dans les lieux de préparation qu'aux points de service sont en place.	!
4.4 Des politiques et des procédures sur les appareils et instruments médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont en place.	!
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
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.	
9.5 La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	
14.4 L'information recueillie au sujet de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.	
14.5 Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Lors de la consultation des preuves, nous avons noté que plusieurs politiques organisationnelles dataient de 2013 et portaient l'identification du CSSS du sud de Lanaudière. Il est difficile de démontrer que ces politiques sont appliquées pour l'ensemble des sites du CISSS de Lanaudière, il y aurait lieu de revoir ces politiques et les mettre à jour avec l'identification du CISSS de Lanaudière et de s'assurer qu'elles sont appliquées dans tous les sites du CISSS.

Nous soulignons la campagne d'affichage de l'équipe qui s'intitule « les 4 moments d'hygiène des mains », ainsi que les audits qui sont réalisés par les infirmières-chefs et l'affichage des résultats dans l'équipe. Cette façon de faire responsabilise les gestionnaires et les équipes de soins sur les bonnes pratiques à adopter.

Nous avons constaté que les utilités propres et souillées de l'urgence de l'Hôpital de Lanaudière ne sont pas conformes. Lors de la visite, les portes étaient ouvertes et du matériel propre (entreposage d'équipement d'aide à la marche, etc.) se retrouvait dans l'utilité souillée.

Depuis la dernière visite, des correctifs ont été réalisés sur les unités de soins pour les utilités souillées. Nous soulignons cette amélioration.

Malgré des espaces de rangement pour le matériel dans les deux urgences du CISSS, nous constatons qu'il y a beaucoup de matériel qui encombre les corridors et les espaces de travail.

Nous avons constaté que les équipements multiparamétriques utilisés par le personnel infirmier afin de prendre les signes vitaux ne sont pas nettoyés entre les patients (garrot, etc.) L'équipe est invitée à revoir la façon de procéder avec les utilisateurs. Il en va de même des stéthoscopes utilisés par les cliniciens (médecins); nous avons constaté qu'ils ne sont pas nettoyés entre chaque patient ausculté.

Comme dans plusieurs urgences au Québec les urgences du CISS de Lanaudière comportent des civières de débordement. Au Centre hospitalier de Lanaudière et au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, nous avons constaté qu'il manquait de distributeur de gel hydroalcoolique à proximité de ces espaces.

Nous soulignons les trajectoires cliniques mises en place dans l'équipe jeunesse entre autres, pour des cas de pédiculose, les punaises de lit et le travail de partenariat infirmier entre la première et la deuxième ligne, permettant une harmonisation des pratiques et de la polyvalence.

Nous reconnaissons le travail fait par l'équipe de prévention des infections qui a formé toutes les assistantes infirmières chefs sur tous les types d'isolement dans les deux hôpitaux.

Depuis plusieurs années, l'équipe de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur a mis en place des préposés au lavage des mains, cette initiative a permis de conscientiser les équipes soignantes, les usagers et les familles à l'importance du lavage des mains. Nous soulignons cette initiative qui selon les tableaux consultés a permis entre autres une réduction du nombre d'éclosions.

Au CLSC St Esprit, nous avons constaté que les infirmières auxiliaires amènent au domicile des usagers des équipements et des jeux qui devraient être à usage unique, mais qui sont réutilisés (ex casse-tête pour évaluation cognitive). Nous encourageons l'équipe à revoir cette façon de faire et à utiliser du nouveau matériel afin d'assurer la prévention des infections.

Au CLSC St-Jean de Matha, le chariot de pansement pour soins de plaies est dans un endroit exposé au soleil et non protégé de la poussière. Nous encourageons à voir un entreposage dans un autre lieu.

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences	
4.3 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
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.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	

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

Processus prioritaire : Santé publique	
7.4 Une procédure est suivie pour la publication d'avis de santé publique.	!
7.6 L'efficacité des stratégies de communication est évaluée régulièrement, et des améliorations sont apportées à la lumière de cette évaluation.	
8.3 Les évaluations d'impact sur la santé relatives aux politiques publiques, aux programmes et aux projets proposés sont menées en collaboration avec les partenaires et avec l'apport des membres de la communauté.	
11.3 Il existe un plan pour fournir à la communauté des programmes de vaccination d'urgence, au besoin.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités sont définis clairement. Les intervenants sont consultés pour donner leur opinion. On tient compte des besoins des usagers pour déterminer l'organisation du travail. Par exemple, l'horaire de travail de certains intervenants est variable pour tenir compte des habitudes particulières de clientèle spécifique.

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants apprécient le travail avec leurs équipes qu'ils qualifient d'efficaces et complémentaires. Les intervenants entre eux se donnent de la rétroaction positive et ont le sentiment que leur contribution est reconnue par leurs supérieurs. Le climat de travail est bon et les intervenants sont motivés et passionnés par leur travail.

Les intervenants rencontrés sont satisfaits de la formation qu'ils reçoivent, les formations offertes tiennent compte des problématiques émergentes et d'importance dans la communauté. Toutefois, les intervenants rencontrés témoignent ne pas avoir reçu de la formation et de perfectionnement 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 bien que plusieurs groupes soient présents sur le territoire. Par ailleurs, des échanges d'informations informelles sont partagés entre les intervenants et des partenaires pour mieux interagir avec ces clientèles.

Des évaluations du rendement sont réalisées à l'occasion, mais pas de façon régulière. Un formulaire standardisé pour l'organisation est attendu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une tournée de consultation des instances représentant les citoyens a eu lieu en 2016 concernant le Plan d'action régional en santé publique (PAR). Une version longue et une version grand public ont été faites pour faciliter sa diffusion. Un comité de suivi du PAR avec les partenaires est en place. Plusieurs activités reposent sur des enquêtes populationnelles, des sondages, des groupes de discussion qui orientent la prise de décision en regard de l'offre de service. Les projets d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services sont suivis dans la salle de pilotage et via des tableaux de gestion visuels pour les équipes. Pour la réalisation des activités des plans d'action tripartites, des tableaux de bord pour chacun des axes d'intervention de l'offre de service de santé publique sont en place. Des tableaux de bord sur l'appréciation de la performance en santé publique sont disponibles. Plusieurs programmes et services ont bénéficié d'évaluations qui ont permis d'apporter des changements de pratique pérennes.

Les valeurs retenues par l'organisation ne sont pas mises en évidence dans les locaux où l'on doit prioriser des actions, elle pourrait servir de guide à la prise de décision.

Processus prioritaire : Santé publique

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation de la santé publique informe la population et soutient les intervenants et les décideurs dans la prise de décision éclairée aux fins de la planification de services. Deux grands types de portraits de l'état de santé de la population sont réalisés : des portraits globaux et des portraits thématiques. Les portraits globaux concernent toute la population d'un ou de plusieurs territoires et couvrent plusieurs dimensions de l'état de santé de la population. Les portraits thématiques peuvent traiter d'un sous-groupe de la population ou d'une problématique particulière pour un ou plusieurs territoires. Les clientèles vulnérables sont cernées. L'accompagnement dans l'utilisation et l'appropriation des données est une dimension qui sollicite la participation de plusieurs membres de l'équipe. Un bel exemple concret est le document produit « Survol de mon milieu de vie » à la demande de la municipalité Sainte-Marcelline-de-Kildare.

Un autre volet de la santé publique est la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes sans oublier le volet de la santé dentaire. L'équipe se divise en équipes-conseils : l'organisation communautaire, le programme québécois de dépistage du cancer du sein et l'équipe locale de saines habitudes de vie. Plusieurs stratégies novatrices sont mises en place pour rejoindre la clientèle, telle que la caravane des saines habitudes de vie.

Le programme de protection comprend les maladies infectieuses, les infections transmises par le sang et sexuellement et l'équipe en santé environnementale.

Le programme santé au travail comprend l'équipe-conseil, l'équipe d'intervention et le programme pour une maternité sans danger. Une entente spécifique de gestion et d'imputabilité est conclue avec la CNESST.

Du programme national de santé publique découle le plan d'action régional qui a fait l'objet d'une consultation populationnelle et des partenaires. On retrouve aussi le plan d'actions thématiques tripartites.

La santé publique participe à plusieurs comités de coordinations intersectorielles. Des partenariats sont aussi établis avec plusieurs acteurs de la communauté et groupes tels que les municipalités, les organismes communautaires et les représentants de la communauté autochtone. La santé publique agit à titre de catalyseur dans l'amélioration de la santé de la population de concert avec les partenaires, les parties prenantes et la communauté.

Au niveau des communications, beaucoup d'efforts sont déployés pour vulgariser l'information. Il n'existe pas de procédures écrites concernant la publication d'un avis de santé publique. Les stratégies de communication ne sont pas évaluées de façon systématique.

La direction de la santé publique peut être appelée à se prononcer sur les effets sur la santé de projets d'aménagement ou environnementaux, mais l'approche d'évaluation d'impact sur la santé n'est pas appliquée dans son ensemble. Le développement de cette expertise est en cours.

Le plan régional de lutte à une pandémie d'influenza révisée en 2011 sert de modèle advenant une épidémie d'une maladie évitable par la vaccination pour laquelle il serait justifié d'offrir une vaccination d'urgence. Des actions sont entreprises pour mettre à jour ce plan.

Résultats des outils d'évaluation

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

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

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

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

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

- **Période de collecte de données : 8 juin 2018 au 30 juin 2018**
- **Nombre de réponses : 13**

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.	8	0	92	91
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	8	92	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	77	15	8	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	8	15	77	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	8	92	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.	54	8	38	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	15	85	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	8	0	92	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	15	85	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	8	92	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.	8	31	62	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	31	23	46	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.	40	50	10	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.	8	8	83	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	46	31	23	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.	54	31	15	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	25	0	75	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.	8	17	75	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	83	17	0	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	75	8	17	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	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.	8	0	92	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	8	92	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	70	10	20	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	15	38	46	77
34. La qualité des soins	15	46	38	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 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.