



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}

CISSS des Laurentides

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 17 octobre 2023

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni « tel quel » sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en *common law*, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet d’Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d’outils et de programmes d’évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d’agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l’International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l’Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec^{MC} d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à la précision des renseignements fournis par l’établissement pour planifier et mener les visites d’agrément et produire ce rapport. Il incombe à l’établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d’agrément.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population d'environ 670 000 citoyens sur un territoire de 20 500 km². Il regroupe sept municipalités régionales de comté (MRC) : d'Antoine-Labelle, des Laurentides, des Pays-d'en-Haut, d'Argenteuil, de la Rivière-du-Nord, de Deux-Montagnes, Thérèse-De-Blainville et la ville de Mirabel. Le CISSS des Laurentides, c'est près de 20 000 employées auxquels s'ajoutent plus de 1 100 médecins et 64 infirmières praticiennes spécialisées. L'établissement offre des soins et services dans plus de 100 installations.

Le CISSS des Laurentides est affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec en Outaouais ce qui contribue au développement professionnel, à l'innovation et à l'enrichissement de l'offre de soins et de services.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Le CISSS des Laurentides connaît très bien son territoire et sa population, ce qui reflète dans la variété des services offerts en fonction des besoins de la population desservie. Le CISSS fait face à un accroissement et au vieillissement de sa population. Les demandes de services connaissent une augmentation considérable et les exigences ministérielles entraînent une pression constante sur l'offre de services, le tout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'effectifs médicaux, ainsi que de difficultés de recrutement. En plus, les différents projets immobiliers, qui sont accueillis favorablement, exercent une pression sur la planification des services, mais les équipes sont prêtes à soutenir ces projets dans le but d'en bénéficier pour la population. Le partenariat, tant interne qu'externe, est solidement établi. Les partenaires qui ont été contactés se disent très satisfaits du degré de collaboration avec le CISSS.

L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration intégré de la qualité et d'un plan de sécurité des usagers. Ces plans d'amélioration sont suivis minutieusement par une direction qui a à cœur l'amélioration continue. La mise en place d'une structure de gestion, tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel, favorise le suivi des indicateurs et la circulation des informations. Le CISSS est en marche vers une culture de mesure et de gestion intégrée de la performance. Les différentes directions sont conviées à poursuivre le développement de stratégies permettant aux équipes de terrain d'être mieux informées des initiatives, visant ainsi une recherche accrue de performance clinique et administrative. Cependant, il est souhaitable que ces équipes soient aussi soutenues dans leur appropriation des outils de gestion afin d'atteindre les objectifs organisationnels.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	92,8%	93,8%	75,7%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- Culture axée sur la mesure et la gestion intégrée de la performance.
- Inclusion des usagers-partenaires au sein de plusieurs projets d'amélioration continue et de comités.
- Sentiment de reconnaissance du personnel envers leur travail.
- Réalisation de projets immobiliers bénéfiques pour les usagers.
- Réduction des listes d'attente en santé mentale grâce à la réorganisation des services du guichet d'accès et des services de première ligne en santé mentale.
- Collaboration exemplaire entre les équipes dans la prestation des services.

Opportunités d'amélioration :

- Réactivation du comité des ressources humaines du conseil d'administration afin de faire face à la pénurie de la main-d'œuvre.
- Amélioration de la réactivité des liens avec l'accueil psychosocial pour répondre rapidement aux besoins des usagers.
- Évaluation de la stratégie revue de formation des équipes concernant les mesures d'urgence.
- Offre de formation en lien avec la diversité culturelle pour le personnel.
- Surveillance de la mise en application du bilan comparatif des médicaments et du circuit de médication dans certains secteurs.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

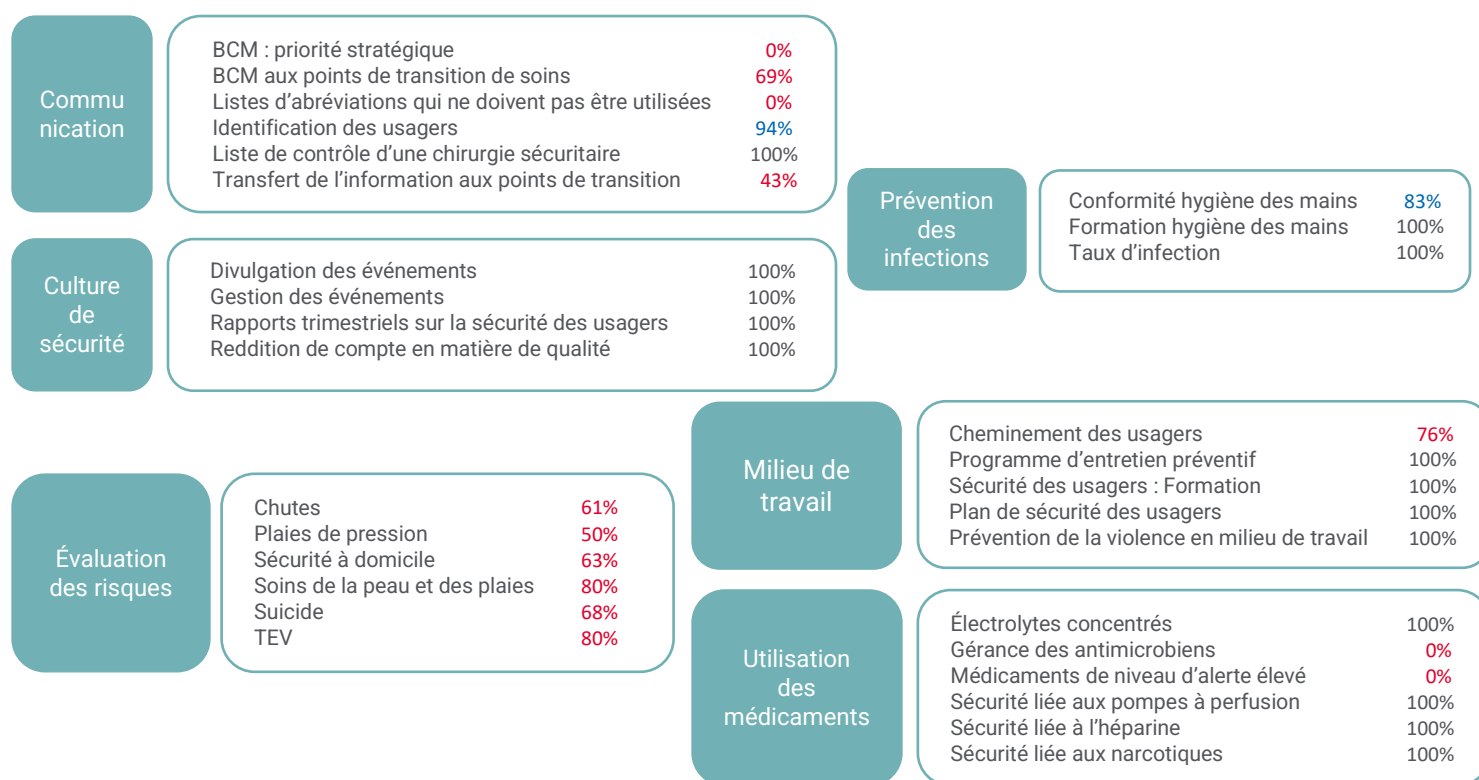


Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	12
Jeunesse	14
Santé mentale et dépendances	16
Santé physique.....	17
Services généraux.....	19
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)	21
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	23
Amélioration continue de la qualité.....	25
Évaluation des pratiques sécuritaires	25
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen	26
Conclusion.....	27
Annexes	28
Directives relatives à l'attribution de l'agrément	28
Classification des critères.....	29
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	31
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	32
Détails techniques du rapport.....	37

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

CISSS des Laurentides

Le statut d'agrément est :

Agréé

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.









Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	98,9%	91	1	1	93
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	97,8%	305	7	5	317
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	95,9%	188	8	5	201
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	89,9%	62	7	7	76
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	93,7%	119	8	3	130
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	91,2%	1140	110	77	1327
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	90,2%	1191	129	146	1466
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	95,0%	1174	62	105	1341
Total	92,8%	4270	332	349	4951

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'établissement doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR fait l'objet de tests de conformité (TC). L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Sommaire des POR de l'établissement

Total

227/300

POR Conforme

76%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	78%	90 / 116	20 / 29
	Identification des usagers	94%	32 / 34	32 / 34
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	67%	4 / 6	0 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	57%	4 / 7	0 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	76%	133 / 175	15 / 35
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	49 / 49	7 / 7
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	73%	29 / 40	5 / 8
	Prévention des plaies de pression	85%	34 / 40	4 / 8

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	89%	125 / 140	19 / 28
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	88%	22 / 25	4 / 5
	Soins efficaces des plaies	88%	35 / 40	4 / 5
	Stratégie de prévention des chutes	80%	48 / 60	11 / 18
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	93%	216 / 232	22 / 29
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	88%	92 / 105	29 / 35
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	35 / 35	35 / 35
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	42 / 42	7 / 7
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	50%	4 / 8	0 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	60%	3 / 5	0 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	92%	11 / 12	3 / 4
	Jeunesse	40%	6 / 15	2 / 5
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	15 / 15	5 / 5
	Santé physique	94%	31 / 33	10 / 11
	SAPA	93%	14 / 15	4 / 5
	Services généraux	100%	12 / 12	4 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	4 / 4	4 / 4
	Jeunesse	100%	5 / 5	5 / 5
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	11 / 11	11 / 11
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	82%	9 / 11	9 / 11
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	5 / 5	5 / 5
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	32 / 32	4 / 4
	Jeunesse	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé physique	88%	77 / 88	6 / 11
	SAPA	100%	40 / 40	5 / 5
	Services généraux	79%	19 / 24	1 / 3

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	55%	11 / 20	0 / 4
	Jeunesse	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	60%	3 / 5	0 / 1
	SAPA	88%	22 / 25	2 / 5
	Services généraux	98%	39 / 40	7 / 8
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	89%	8 / 9	1 / 2
	Jeunesse	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé physique	67%	14 / 21	2 / 7
	SAPA	67%	8 / 12	2 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	60%	12 / 20	0 / 4
	Jeunesse	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	58%	29 / 50	1 / 10
	SAPA	68%	17 / 25	1 / 5
	Services généraux	83%	25 / 30	3 / 6

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 24 septembre au 15 octobre 2018

Nombre de répondants : 10

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



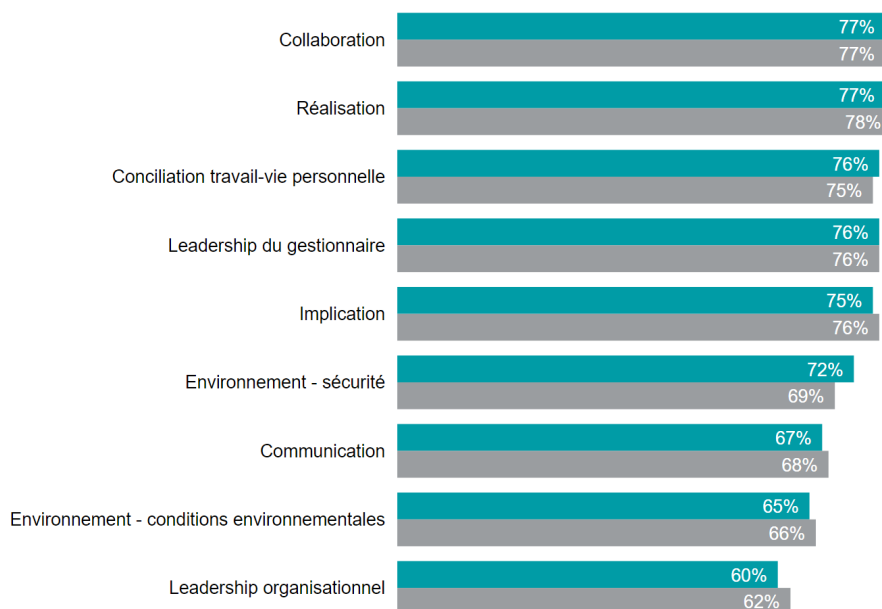
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 7 septembre au 25 octobre 2021

Nombre de répondants : 5271

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



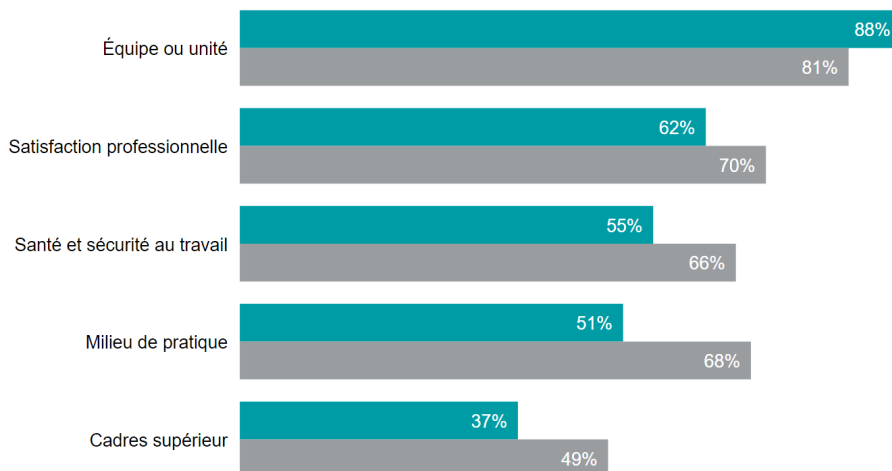
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 25 octobre au 13 novembre 2021

Nombre de répondants : 53

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



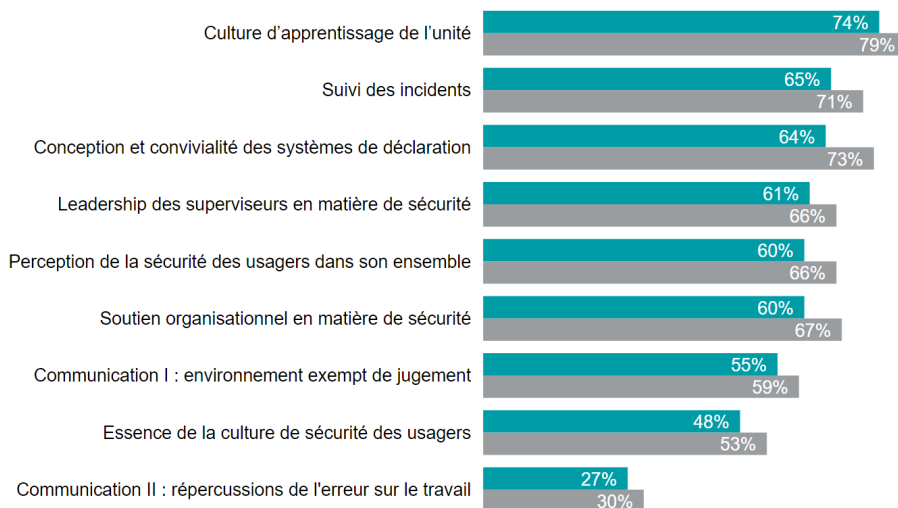
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 25 octobre au 13 novembre 2021

Nombre de répondants : 1470

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



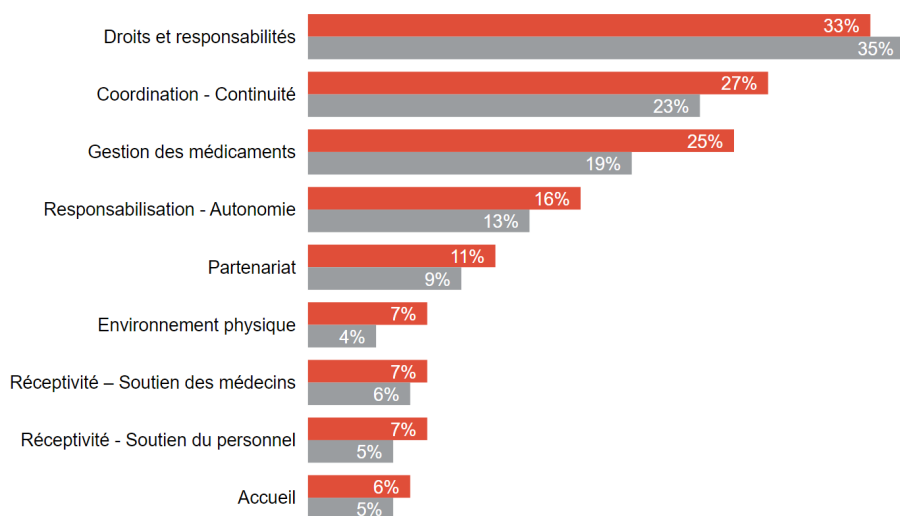
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 693

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

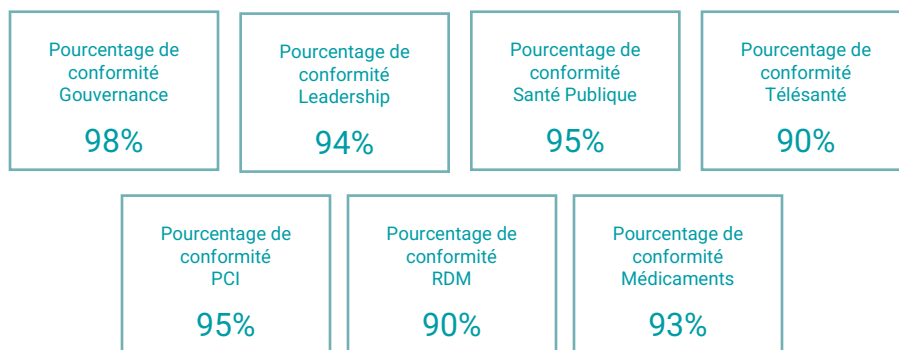
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	4	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	6
Leadership	97%	3%	4	96%	4%	3	88%	13%	1	96%	4%	8
Santé publique	99%	1%	2	98%	2%	4				98%	2%	6
Télésanté	97%	3%	0	100%	0%	0				98%	2%	0
Prévention et contrôle des infections	87%	13%	0	90%	10%	0	100%	0%	0	89%	11%	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	95%	5%	0	95%	5%	4				95%	5%	4
Gestion des médicaments	82%	18%	3	89%	11%	5	50%	50%	0	84%	16%	8
Total	94%	6%	13	95%	5%	18	78%	22%	1	94%	6%	32

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) Le conseil d'administration du CISSS est constitué d'individus compétents, rigoureux et engagés. Les membres sont hautement impliqués au sein de leurs comités respectifs, notamment dans ceux qui sont obligatoires au niveau législatif. Or, dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre et de difficultés liés au recrutement, le comité des ressources humaines mériterait d'être réactivé.

La structure de gestion est fondée sur le concept de « Vraie Nord » qui repose sur les cinq axes de performance suivants : la santé et la mobilisation du personnel, l'optimisation des ressources, la qualité des services, la pertinence et l'accessibilité. De plus, la situation financière du CISSS est équilibrée après plusieurs années de redressement budgétaire. La direction déploie des efforts pour éviter de réduire les services directs aux usagers. En outre, le partenariat de services valorise l'inclusion des ressources usagers-partenaires en tant que vecteur d'amélioration continue, et leur engagement est remarquable. À titre d'exemple, les déclarations des incidents/accidents sont analysées et les pistes d'amélioration sont identifiées. Ensuite, un usager-partenaire rédige un rapport d'audit sur les divulgations, qui est partagé avec les équipes. En matière de mesures d'urgence, le plan a été révisé et plusieurs outils et aide-mémoire sont diffusés. Chaque nouvel employé reçoit une formation lors de son embauche concernant les mesures d'urgence. Toutefois, la majorité des employés rencontrés témoignent de ne pas avoir reçu d'information à ce sujet, et certains d'entre eux affirment ne pas se sentir à l'aise à l'idée de devoir faire face à des situations d'urgence. L'établissement est encouragé à revoir ses stratégies de formation. En ce qui concerne le service de télésanté, ce dernier connaît un essor significatif depuis la crise pandémique, avec plus de 60 projets actifs dans divers secteurs. L'offre de services est clairement définie et bénéficie du soutien d'un pilote clinique et d'un pilote technologique. Au sein du CISSS, la télésanté s'avère très pertinente dans un contexte où la population réside sur un vaste territoire et où l'accessibilité revêt une grande importance.

Jeunesse

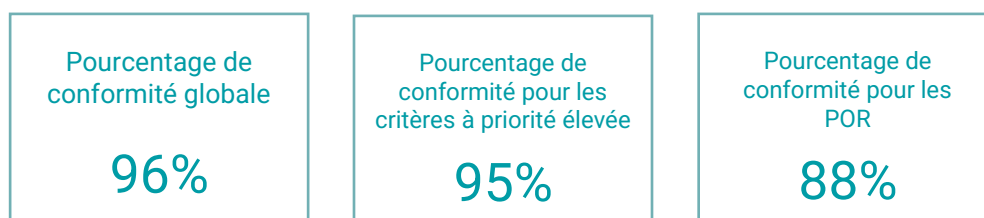
Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2020) Le programme Jeunesse comprend trois volets : la réadaptation jeunesse, le continuum social, et les services de santé jeunesse et les sage-femmes. Depuis la création du CISSS, des efforts considérables ont été réalisés par un personnel passionné et préoccupé par le mieux-être de l'enfant. La planification des services pour le Programme est en lien avec les orientations stratégiques. Ainsi, pour les membres de l'équipe, la trajectoire de services est un atout robuste et bénéfique pour les usagers et les familles pour intégrer la vision du partenariat. Dans divers secteurs d'activités, on observe une relation de confiance et de respect entre les intervenants, les usagers et les familles. La clientèle rencontrée souligne l'esprit d'équipe, l'ouverture du personnel, les petites attentions amenées et la préoccupation de fournir toutes les informations nécessaires

pour prendre une décision éclairée. Par ailleurs, l'afflux important de différentes communautés sur le territoire soulève le besoin pour le personnel d'obtenir une formation en lien avec le multiculturalisme, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins. Les responsables sont encouragés à coordonner cette formation.

Santé mentale et dépendances

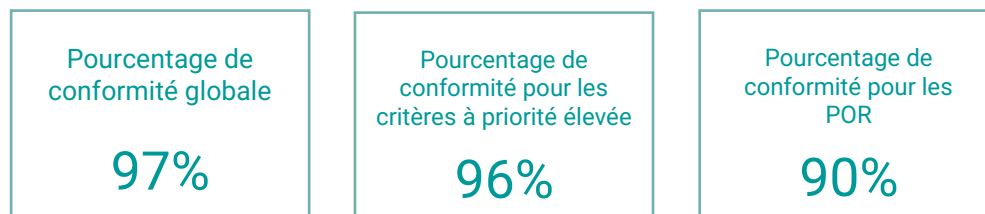
Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2020) Au programme Santé mentale et Dépendance, une gamme de services centrés sur les usagers est offerte, dans une philosophie de gestion de proximité et de rétablissement des usagers. La réorganisation des services du guichet d'accès et des services de première ligne en santé mentale a permis de réduire la liste d'attente de 70 % grâce à la mobilisation des équipes et à la révision de la trajectoire de services. Dans leur désir de servir la population à proximité, l'équipe vise l'harmonisation des pratiques et l'offre de services sur l'ensemble du territoire, dans une perspective de services intégrés et de proximité. De plus, il serait pertinent de développer des stratégies novatrices de partenariat avec les médecins de famille pour la prise en charge des usagers qui demeurent stables depuis quelques années.

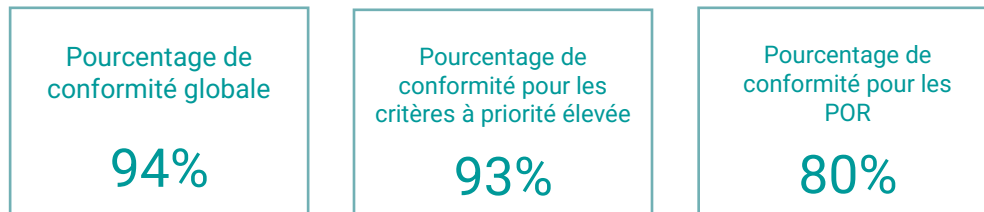
Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Les directions du programme-services Santé physique constitue une équipe engagée, motivée et dynamique. Le bien-être et la sécurité de la clientèle demeurent des préoccupations omniprésentes. L'équipe travaille actuellement à mettre en place une structure visant à améliorer la gestion de la fluidité hospitalière, avec l'ajout d'un gestionnaire de la fluidité. L'un des défis consiste à s'adapter aux besoins croissants dans un contexte de ressources de plus en plus restreintes sur l'ensemble du territoire, particulièrement dans les installations plus au nord de la région.

De plus, il serait bénéfique de réévaluer les trajets entre les hôpitaux et les services externes, y compris le réseau communautaire, ainsi que les itinéraires pour les usagers venant de l'extérieur de l'hôpital et nécessitant une réhospitalisation. La gestion des médicaments devrait être

assujettie d'une attention particulière, surtout en ce qui a trait à l'implantation du bilan comparatif des médicaments et du circuit du médicament dans certains secteurs.

L'établissement s'est doté d'un bureau d'utilisateur-partenaire. Il serait avantageux d'impliquer rapidement des usagers-partenaires ayant une expertise dans le domaine dans les projets de réaménagement et de construction.

Services généraux

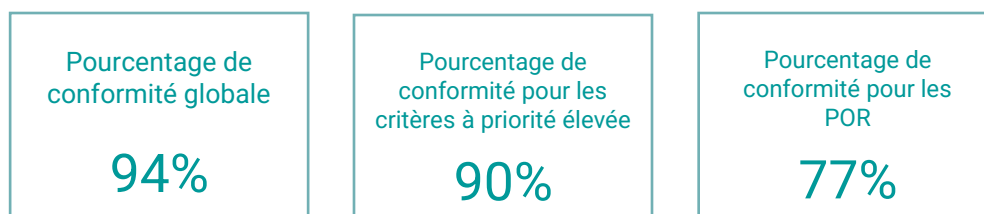
Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Les équipes des services généraux travaillent de manière collaborative en impliquant les usagers et les familles ainsi que les partenaires institutionnels et communautaires. Divers mécanismes permettent de faire évoluer l'offre de services et d'adapter les services généraux avec l'apport des usagers, des familles et des organismes associés. Des pistes d'amélioration ont toutefois été soulevées par certains interlocuteurs concernant la fluidité des liens avec l'accueil psychosocial, ainsi que les délais d'accès à certains services. L'accueil, l'intégration des nouveaux employés, ainsi que les mécanismes d'encadrement clinique et administratif, sont bien structurés. Les gestionnaires et les intervenants s'efforcent de créer des conditions favorables pour la rétention du personnel. Le personnel rencontré témoigne d'un sentiment de reconnaissance au travail. D'autre part, concernant la gestion des situations d'urgence, les

services courants sont invités à réactiver les exercices de simulation pour permettre aux intervenants de rafraîchir leurs connaissances sur les différents codes en mesures d'urgence.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

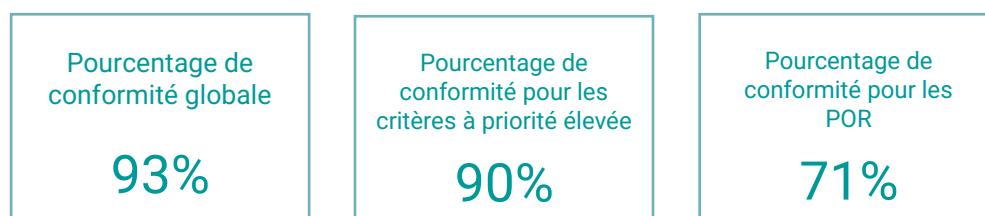
Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Les programmes en déficiences et de la réadaptation physique offrent à leurs usagers des services de soutien à domicile, de réadaptation et de répit dans le but de favoriser leur intégration sociale, leur autonomie et leur bien-être. Le personnel de la direction propose des services spécialisés et adaptés en fonction des besoins des usagers de la région. Il est important de noter la cohérence des trajectoires de services et la collaboration efficace entre les équipes pour améliorer l'expérience des usagers et de leurs proches à cet égard. Les services sont également

élaborés et ajustés en consultation avec les usagers, en prenant en compte les résultats de sondages, d'enquêtes et d'analyses de risques. Plusieurs projets sont développés en collaboration avec des usagers-partenaires, ce qui est digne de mention. Par ailleurs, il est pertinent de souligner que certaines pratiques liées à la sécurité des usagers sont bien maîtrisées, notamment en ce qui concerne la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections. Les pratiques reliées au nettoyage des équipements et des instruments seront à parfaire, plus spécifiquement, le nettoyage du matériel roulant et de celui utilisé en réadaptation.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

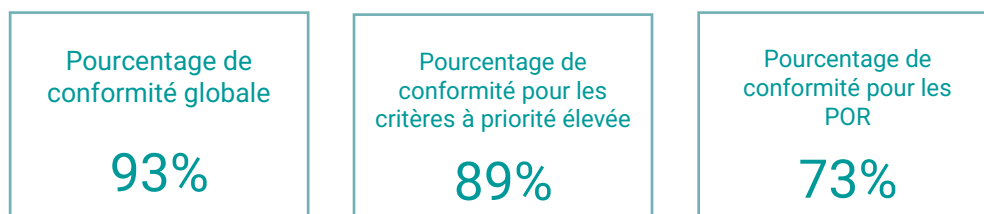
Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Il est important de souligner que le taux de croissance de la population des Laurentides sera supérieur à la moyenne du Québec au cours des vingt prochaines années. En ce qui concerne les personnes de 85 ans et plus, une augmentation significative est prévue dans la région d'ici 2041. Pour faire face à ce défi, l'établissement a mis en œuvre dix chantiers liés au programme de soutien à domicile, visant à mettre en place des stratégies significatives pour répondre aux besoins de la population. Par ailleurs, la fluidité des trajectoires est bien encadrée. Un mécanisme d'accès répondant aux besoins de la population est en place et opérationnel. Mais, le contexte actuel des besoins croissants de la population met une forte pression sur les équipes

en place. Néanmoins, il a été constaté que le travail en interdisciplinarité est bien présent et que l'esprit collaboratif est présent pour offrir un service diversifié, tirant parti de l'expérience et de l'expertise de tous les intervenants impliqués. Plus spécifiquement, il convient de noter une grande préoccupation pour les pratiques reliées à la prévention et au contrôle des infections. Toutefois, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour améliorer la qualité du mécanisme de transfert d'informations, ce qui renforcera la sécurité des interventions à chaque point de transition.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

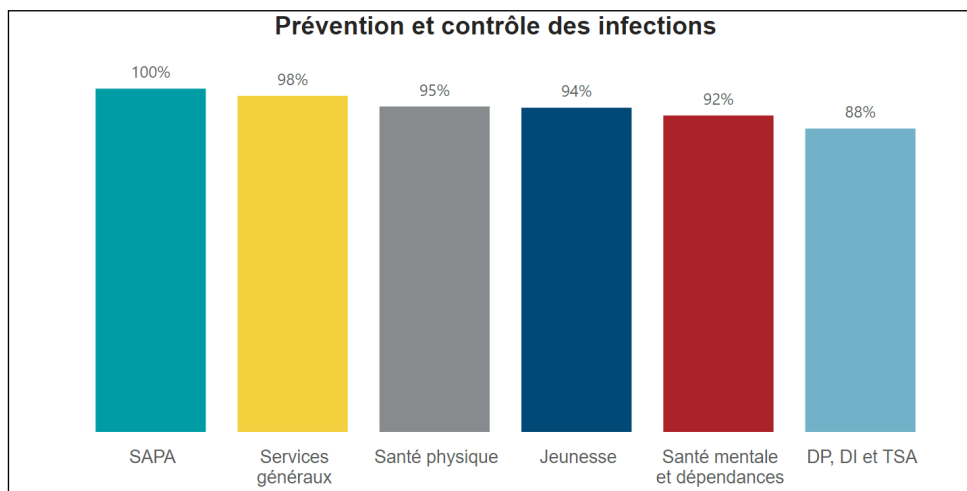
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

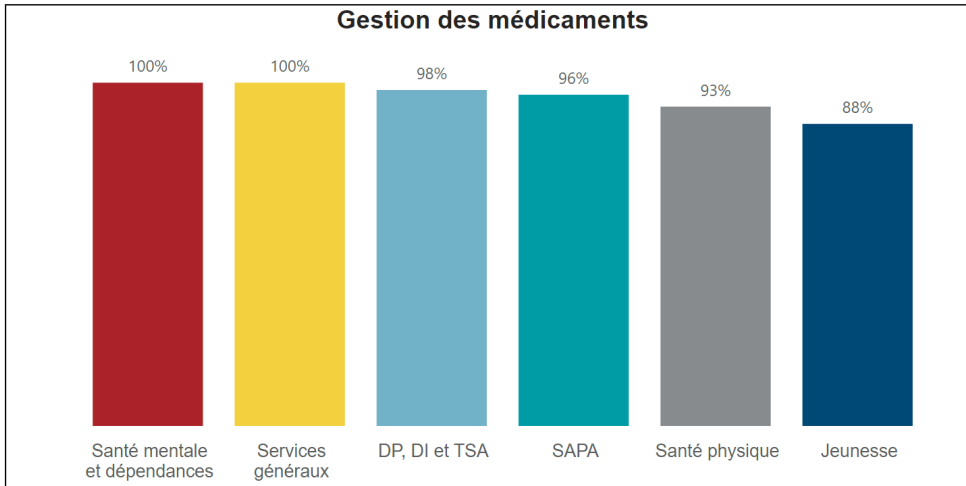
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

La direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique est composée de plusieurs professionnels qui ont à cœur l'amélioration continue de la qualité. La direction s'est dotée de mécanismes de communication et de coordination inspirés des pratiques de gestion organisationnelle. Le plan intégré d'amélioration de la qualité repose sur une recherche continue d'équilibre entre les cinq dimensions, soit l'accessibilité des services, la qualité, la pertinence, l'optimisation des ressources et la santé-mobilisation du personnel. L'équipe assure le suivi des plans d'amélioration à travers les rapports des différentes visites professionnelles, du coroner, des événements sentinelles et d'autres plans spécifiques. Les plans sont soigneusement structurés et organisés.

En terminant, les équipes du CISSS des Laurentides méritent la reconnaissance pour tous les efforts consacrés afin d'adopter les meilleures pratiques de soins, de services et de gestion. L'immensité des travaux effectués au cours des derniers mois exige maintenant un temps d'appropriation en vue de pérenniser les pratiques mises en place récemment. Donner un sens aux nouvelles façons de faire contribuera significativement à l'intégration des meilleures pratiques qui transcenderont l'ensemble de l'établissement.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'utilisateur* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre
	Gouvernance										
	Leadership										
	Santé publique										
	Jeunesse										
	Dépendances										
	Santé mentale										
						Santé physique					
						Services généraux					
						Télésanté					
								Déficience physique			
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme			
								SAPA			
	Gestion des médicaments										
	Prévention et contrôle des infections										
	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables										
	Cahier de normes au complet										
	Critères spécifiques										

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	4 au 8 novembre 2019
Séquence 1	Leadership	4 au 8 novembre 2019
Séquence 1	Santé publique	4 au 8 novembre 2019
Séquence 1	PCI	4 au 8 novembre 2019
Séquence 1	RDM	4 au 8 novembre 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	4 au 8 novembre 2019
Séquence 2	Jeunesse	4 au 8 novembre 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	4 au 8 novembre 2019
Séquence 3	Santé physique	28 novembre au 2 décembre 2022
Séquence 3	Services généraux	28 novembre au 2 décembre 2022
Séquence 3	Télesanté	28 novembre au 2 décembre 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	29 mai au 2 juin 2023
Séquence 5	SAPA	29 mai au 2 juin 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSC Lafontaine ▪ CLSC Thérèse-De Blainville ▪ Galeries des Laurentides – 500 boulevard des Laurentides ▪ Hôpital de Mont-Laurier ▪ Hôpital de Saint-Eustache ▪ Hôpital Laurentien ▪ Hôpital régional de Saint-Jérôme ▪ Pavillon Marie-Berthe
Leadership	Oui	
Santé Publique	Oui	
Prévention et contrôle des infections	Oui	
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	
Gestion des médicaments	Oui	

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Jeunesse)	Oui
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui
Services de sage-femme et maisons de naissance	Oui
Services pour jeunes en difficulté	Oui
Services pour la protection de la jeunesse	Oui
Services pour la santé mentale en communauté	Non
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Oui
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Oui
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui
Services d'urgences psychiatriques	Oui
Services de santé mentale (usagers admis)	Oui
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui
Services de dépendances (usagers admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de dépendance 24/7 ▪ Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Sainte-Agathe-des-Monts ▪ Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation d'Huberdeau ▪ Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Sainte-Sophie ▪ Clinique externe de psychiatrie de Saint-Jérôme ▪ CLSC – Edifice Marcel-Larocque ▪ CLSC de Mont-Laurier ▪ CLSC du centre ville de Saint-Jérôme ▪ CLSC Jean-Olivier-Chénier ▪ CLSC Lafontaine ▪ CLSC Saint-Joseph (équipe SIM) ▪ CLSC Thérèse-De Blainville ▪ CRD des Laurentides – Deux-Montagnes ▪ CRD des Laurentides – Saint-Jérôme – Services externes programmes Adulte et Jeunesse ▪ Galeries des Laurentides – 500 boulevard des Laurentides ▪ Hôpital de Mont-Laurier ▪ Hôpital de Saint-Eustache ▪ Hôpital Laurentien ▪ Hôpital régional de Saint-Jérôme ▪ Maison de naissance du Boisé-De-Blainville

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Oui
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Oui
Services de consultation sociale ou psychologique	Oui
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Oui
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui
Service Info-Santé	Oui
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de cancérologie de Saint-Eustache ▪ Centre de services ambulatoires de Saint-Jérôme ▪ Centre externe de dialyse rénale de Saint-Eustache ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Thérèse-De Blainville ▪ CHSLD des Hauteurs (CLSC Ste-Adèle) ▪ CLSC de Lafontaine ▪ CLSC de Mont-Tremblant ▪ CLSC Jean-Olivier-Chénier ▪ CLSC Saint-Joseph ▪ Groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Eustache ▪ Hôpital de Mont-Laurier ▪ Hôpital de Rivière-Rouge ▪ Hôpital de Saint-Eustache ▪ Hôpital Laurentien ▪ Hôpital régional de St-Jérôme ▪ Unité de Médecine Famille Universitaire de Saint-Jérôme

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> • CASIS Rivière-Rouge • CASIS Rosemère • Centre de réadaptation DI TSA de Mont-Laurier • Centre de réadaptation DI TSA Rosemère • Centre de réadaptation DI TSA Saint-Agathe • Centre de réadaptation DI-TSA - Marlyne la p'tite girafe • Centre de réadaptation en déficience physique de Blainville • Centre de réadaptation en déficience physique de la rue Boyer • Centre de réadaptation en déficience physique de Mont-Laurier • Centre de réadaptation en déficience physique et de services externes pour les aînés d'Youville • Centre de services de Rivière-Rouge- Unité du 3e Nord • Hôpital de Saint-Eustache • Pavillon Philippe Lapointe • RAC Saint-Jérôme

Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Oui
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui
Soins palliatifs et de fin de vie	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> • Centre d'hébergement de Labelle • Centre d'hébergement de Saint-Benoît • Centre d'hébergement de Saint-Eustache • Centre d'hébergement des Hauteurs • Centre d'hébergement Drapeau Deschambault • Centre d'hébergement Hubert-Maisonneuve • Centre d'hébergement L'Équip'Âge • Centre d'hébergement Ste-Anne • Centre de jour - Mont-Tremblant • Centre de réadaptation en déficience physique et de services externes pour les aînés d'Youville • Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil • Centre multiservices de santé et de services sociaux de Thérèse-De Blainville • CHSLD de Blainville • CHSLD de Saint-Jérôme • CHSLD de Sainte-Adèle • CHSLD Lucien G Rolland • CLSC - Edifice Marcel-Larocque • CLSC de Lafontaine • CLSC de Piedmont • Hôpital régional de St-Jérôme • Pavillon Philippe Lapointe • Résidence Lachute • SAD Lac-des-Deux-Montagnes • SAD Mont-Laurier

Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.