

PLAN D'ACTION 2024-2025

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Mars 2024

État d'avancement des livrables (ÉA)	
	En difficulté (arrêt des travaux, incapacité à démarrer, blocage, etc.)
	À surveiller (risque de retard, ressource non accessible, contrainte, qualité, etc.)
	En contrôle (réalisé selon les échéanciers, budget, qualité)
	Terminé

Service : Éthique, partenariat et proche-aidance							
Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
PARTENARIAT : Favoriser la fidélisation des usagers partenaires impliqués à différents niveaux de l'établissement.	- Développer une communauté de pratique engageant les usagers partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest.	Audrey-Maude Mercier Joanie Allen	– Usagers partenaires – Toute direction qui pourrait solliciter cette communauté de pratique à des fins d'échanges et de validation.	Première rencontre exploratoire : Juin 2024 Lancement : Septembre 2024 lors de la journée reconnaissance des usagers partenaires.	– Taux de participation des usagers partenaires (nombres d'inscriptions aux rencontres de la communauté de pratique). – Nombre de rencontres prévues dans l'année. – Sondage de satisfaction des usagers partenaires concernant le contenu et participation à ces rencontres.		
ÉTHIQUE : Assurer le développement de la compétence éthique des personnes-ressources en encadrement clinique	- Mise en œuvre d'une formation d'une durée de 6h en présentiel. - Définir les objectifs pédagogiques et les différents contenus à aborder lors de cette formation. (COMPLÉTÉ)	Audrey-Maude Mercier Laurent Dupuis-Sollicec	Ève Dulude et Andrée-Anne Miron, DSMREU	Février 2024 – définition des objectifs pédagogiques Mars à août 2024 – Développement du contenu de la formation	– Nombre de formations offertes. – Nombres de PREC participants. – Sondage de satisfaction des participants suivant la contribution.		

Service : Éthique, partenariat et proche-aidance

(PREC) de l'établissement.	- Développer le contenu de cette présentation. (EN COURS) - Proposer un calendrier de formation aux PRECs des directions concernées. - Déploiement de l'atelier auprès des PRECs concernés.			Mai à septembre 2024 – Période d'inscriptions à la formation Octobre 2024 – Offre de cette formation à un premier groupe			
PROCHE AIDANCE : Contribuer à l'axe 3 du plan d'action sur la proche aidance : Le développement de services de santé et de services sociaux dédiés aux personnes proches aidantes (PPA), dans une approche basée sur le partenariat.	- Recension des services en répit et soutien psychosocial sur le territoire et au sein de l'établissement (OC et directions du CISSMO). - Déployer l'outil proposé par le MSSS dans les démarches de recueil de données auprès des partenaires du CISSS et du territoire. - Assurer la planification des rencontres auprès des parties prenantes concernées.	Michèle Mercier	- L'ensemble des directions cliniques. - Nos partenaires territoriaux de la Montérégie-Ouest.	Juin 2024 – Lancement de la démarche Juin à octobre 2024 - Cueillette de données Octobre 2024 - Début de la compilation et de l'analyse des données	Nombre d'organismes et directions ayant fourni les informations exigées par le MSSS dans le cadre de cette recension.		

Service : Gestion de la qualité et des risques							
Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Offrir une vision d'ensemble aux différentes directions des déclarations d'incident ou d'accident et des plans d'amélioration qui découlent des événements sentinelles.	- Déploiement du logiciel <i>Power BI</i> relié au système d'information sur la sécurité des soins et des services (SSSS). - Déploiement de l'application <i>Lists</i> pour le suivi des plans d'amélioration à la suite des événements sentinelles. - Identifier des responsables par direction pour l'accès à l'application <i>Lists</i> pour le suivi des plans d'amélioration.	Coordonnatrice gestion de la qualité et des risques Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance Chefs de service gestion de la qualité et des risques	Service évaluation et gestion de la performance Professionnels gestion de la qualité et des risques	Mai 2024	Le déploiement du logiciel Power-BI relié au SSSS et le déploiement de l'application <i>Lists</i> d'ici mai 2024.		●
	- Présenter les outils aux différentes directions. - Développer une vidéo explicative pour faciliter la navigation/utilisation des outils.	Chefs de service gestion de la qualité et des risques Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance	Professionnels gestion de la qualité et des risques	Décembre 2024	Présenter les outils à l'ensemble des directions cliniques d'ici septembre 2024. Présenter les outils à l'ensemble des directions d'ici décembre 2024.		●

Service : Gestion de la qualité et des risques

Améliorer l'efficacité du service de gestion de la qualité et des risques (GQR) en ce qui concerne la saisie des déclarations incidents/accidents.	- Déployer un nouveau moyen de déclaration d'incident ou d'accident pour certaines RI-RTF à contrat de service avec l'établissement: <i>Forms</i>. - Identifier les RI-RTF qui participeront au projet pilote (4 ressources).	Chef de service gestion de la qualité et des risques DPD, DPJASP, DPSMD Agent de planification, de programmation et de recherche – Gestion de la qualité et des risques	DPSMD DPD	Septembre 2024	Réduction du temps moyen consacré pour la saisie dans le SISSS des déclarations incidents/accidents avec l'utilisation du formulaire <i>Forms</i> en comparaison avec les déclarations téléphoniques, d'ici septembre 2024.		
	- Déploiement du nouvel outil en complément de la version téléphonique dans l'ensemble des RI-RTF DPSMD/DPD.	Chef de service gestion de la qualité et des risques DPD, DPJASP, DPSMD Agent de planification, de programmation et de recherche – Gestion de la qualité et des risques	DPSMD DPD	Mars 2025	Utilisation effective par au moins 100 % des RI-RTF concernées dans les 6 mois suivant son déploiement.		
Révision du mécanisme d'audit, afin de permettre une vision organisationnelle des résultats.	- Recensement des bonnes pratiques. - Cartographie de la situation actuelle. - Élaborer un document d'encadrement.	Conseillères cadres à la qualité Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance	Coordonnatrice gestion de la qualité et des risques L'ensemble des porteurs des <i>Pratiques organisationnelles requises</i> DSIEU, DSMREU	Décembre 2024	Le document d'encadrement est approuvé d'ici décembre 2024.		

Service : Gestion de la qualité et des risques							
	- Approbation et diffusion du document d'encadrement. - Développer et diffuser des outils de communication.	Conseillères cadres à la qualité Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance	L'ensemble des directions	Décembre 2024	Le document d'encadrement est diffusé au sein de l'établissement d'ici décembre 2024.		●
	- Accompagner les porteurs des <i>Pratiques organisationnelles requises</i> dans l'élaboration et la diffusion de leur audit organisationnel.	Conseillères cadres à la qualité	L'ensemble des porteurs des <i>Pratiques organisationnelles requises</i>	Février 2025	Présenter le document d'encadrement et les outils au comité des porteurs POR d'ici février 2025.		●
	- Rendre disponible une formation aux gestionnaires et auditeurs.	Conseillères cadres à la qualité	Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance	Mars 2025	Une formation sera déployée d'ici mars 2025.		●
Planifier et coordonner la visite d'Agrément Canada en mars 2025.	- Partager l'information en lien avec la démarche qualité	Conseillères cadres à la qualité Coordonnatrice gestion de la qualité et des risques	L'ensemble des porteurs des <i>Pratiques organisationnelles requises</i> DPSMD DPJASP	Mars 2025	Début des différents comités en prévision de la séquence 2 pour octobre 2024. Visite d'Agrément mars 2025		●
	- Élaboration et diffusion des tableaux de bord (autoévaluation) <i>Power-BI</i> pour la DPSMD et DPJASP.	Conseillères cadres à la qualité Agent de planification, de programmation et de recherche – qualité et performance	Service évaluation et gestion de la performance DPSMD DPJASP	Juin 2024	Autoévaluation effectuée par l'ensemble des directions évaluées avant 21 juin 2024.		●

Service : Gestion de la qualité et des risques							
	- Accompagner les directions dans l'élaboration de leur plan d'action suite aux résultats des autoévaluations.	Conseillères cadres à la qualité Coordonnatrice gestion de la qualité et des risques	DPSMD DPJASP	Septembre 2024	100 % des CPÉ et POR évalués à moins de 75 % lors des autoévaluations doivent avoir un plan d'action défini dans le tableau bord « Démarche qualité - Séquence 2 » d'ici le 1 ^{er} octobre 2024.		●
	- Planifier et organiser des visites qualités	Conseillères cadres à la qualité Chefs de service gestion de la qualité et des risques	Professionnels gestion de la qualité et des risques DPSMD DPJASP	Février 2025	100% des milieux évalués, en mars 2025, auront bénéficié d'une visite qualité.		●
Développer l'offre de service entourant la coordination qualité des milieux de vie	- Définir la structure de gouvernance entourant la coordination qualité des milieux de vie.	Directrice adjointe DQEPE par intérim Coordonnatrice gestion qualité et risques par intérim	Chefs de service gestion de la qualité et des risques Conseillères cadres à la qualité Professionnels qualité milieu de vie DPSMD, DPD, DSSADG et DSHAPPA	Juillet 2024	La structure de gouvernance, incluant les rôles et responsabilités de chacun, est définie en collaboration avec les directions cliniques concernées d'ici juillet 2024.		●
	- Mettre en place des mécanismes efficaces permettant une vigie et une intervention en moment opportun dans	Directrice adjointe DQEPE par intérim Coordonnatrice gestion qualité et risques par intérim	Chefs de service gestion de la qualité et des risques Conseillères cadres à la qualité	Décembre 2024	Des mécanismes permettant d'effectuer une vigie de la qualité des milieux de vie jugés préoccupants		●

Service : Gestion de la qualité et des risques

	les milieux de vie jugés préoccupants.		Professionnels qualité milieu de vie DPSMD, DPD, DSSADG et DSHAPPA		sont mis en place d'ici décembre 2024.		
--	--	--	---	--	--	--	--

Service : Volet qualité

Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Développer une culture de lutte à la maltraitance envers les adultes en situation de vulnérabilité au sein de l'établissement.	Diffuser la politique au sein de l'établissement ainsi qu'auprès des partenaires externes.	Mélanie Boudreault, conseillère cadre à la qualité	L'ensemble des directions	Juin 2024	La politique est diffusée au sein de l'établissement ainsi qu'auprès des partenaires externes d'ici juin 2024. Un vidéo de sensibilisation à la lutte contre la maltraitance est diffusée d'ici juin 2024.	Mars 2024 : Des démarches sont en cours avec le Service des communications afin de prévoir une activité d'information et de sensibilisation à la rencontre des gestionnaires de juin 2024.	
	Accompagner les directions pour l'élaboration et la diffusion des trajectoires maltraitance.	Mélanie Boudreault, conseillère cadre à la qualité	L'ensemble des directions	Septembre 2024	Les trajectoires sont élaborées et diffusées par toutes les directions d'ici septembre 2024		
Contribuer à une démarche de partenariat avec les usagers en considérant leur vécu	Déployer le sondage expérience patient selon le séquençage du projet ministériel.	Lyne Garand, conseillère cadre à la qualité	L'ensemble des directions L'équipe performance DQEPE	Selon les échéanciers ministériels	Les résultats recueillis dans le cadre du sondage expérience patient sont disponibles aux	Mars 2024 : Les échéanciers ainsi que la précision des prochains secteurs à déployer ne sont pas connus par les établissements.	

dans la trajectoire de soins et de services.					directions concernées sur le tableau de bord de l'établissement selon le séquençage du déploiement.	
	Baliser l'offre de service de la DQEPE au sujet de l'expérience patient.	Marie-Hélène Francoeur, directrice adjointe DQEPE par intérim	Lyne Garand, conseillère cadre à la qualité	Décembre 2024	L'offre de service de la DQEPE au sujet de l'expérience patient est diffusée d'ici à décembre 2024.	●
Favoriser une démarche systématique, continue et proactive de gestion intégrée des risques dans l'établissement.	Rendre disponibles des outils soutenant la démarche de déploiement de la gestion intégrée des risques.	Amila Kazi-Tani, conseillère cadre à la qualité	Mélanie Boudreault et Lyne Garand, conseillères cadre à la qualité	Avril 2024	La capsule d'information et le sondage portant sur la gestion intégrée des risques sont disponibles d'ici à avril 2024.	●
	Réaliser un atelier d'identification et d'analyse des risques dans chacune des directions	Annie Halpin-Benoît, coordonnatrice gestion qualité et risques	Sophie Comman, Elisabeth Picard et Simon Lemire, chefs de service gestion qualité et risques L'ensemble des directions	D'avril à décembre 2024	Un atelier d'identification et d'analyse des risques est tenu dans chacune des directions d'ici à décembre 2024.	●
	Accompagner les directions dans l'élaboration de leur plan d'atténuation des risques majeurs.	Annie Halpin-Benoît, coordonnatrice gestion qualité et risques	Sophie Comman, Elisabeth Picard et Simon Lemire, chefs de service gestion qualité et risques L'ensemble des directions	D'avril à décembre 2024	Un plan d'atténuation des risques majeurs est élaboré dans chacune des directions d'ici à décembre 2024.	●

	Effectuer une vigie des risques majeurs pour l'établissement et réaliser un état de situation aux instances prévues dans les documents d'encadrement.	Marie-Hélène Francoeur, directrice adjointe DQEPE par intérim Annie Halpin-Benoît, coordonnatrice gestion qualité et risques	Sophie Comman, Elisabeth Picard et Simon Lemire, chefs de service gestion qualité et risques L'ensemble des directions L'équipe performance DQEPE	Février 2025	Les risques majeurs pour l'établissement sont identifiés et suivis à un niveau stratégique graduellement selon le séquençage du déploiement dans les directions pour obtenir un portrait organisationnel complet d'ici à février 2025.		
Baliser l'utilisation de la vidéosurveillance dans les milieux de vie.	Rédiger un cadre de référence portant sur l'utilisation de la vidéosurveillance dans les milieux de vie.	Mélanie Boudreault, conseillère-cadre à la qualité	Membres du comité de travail	Décembre 2024	Le cadre de référence est approuvé et disponible sur intranet d'ici à décembre 2024.		
Améliorer le processus entourant la réalisation d'une enquête administrative en RI-RTF.	Réviser les documents d'encadrement portant sur les enquêtes administratives en RI-RTF.	Amila Kazi-Tani, conseillère cadre à la qualité	Mélanie Boudreault et Lyne Garand, conseillères cadre à la qualité	Septembre 2024	Les documents d'encadrement sur les enquêtes administratives en RI-RTF sont approuvés et diffusés auprès des directions concernées d'ici à septembre 2024.		

Service : Protection des renseignements personnels

Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Mettre en œuvre les mesures requises par la législation sur la protection des renseignements personnels (PRP).	Développer et mettre en œuvre des politiques et procédures.	Gabriel Trépanier	Comité AIPRP	Réaliser les actions prévues au plan d'action dans la prochaine année.	Les indicateurs définis au plan d'action sont atteints.	Contraintes liées au manque de ressources financières et humaines. Application de la Loi 25 et de la Loi 5. Cette dernière entrera en vigueur à l'été 2024. Loi 25 : Apporte des modifications significatives en PRP. Loi 5 : Nouvelle loi en matière de PRP spécifique à la santé.	●
Débuter, avancer et compléter les projets identifiés dans le plan d'action PRP.	- Revue régulière des actions attribuées aux collaborateurs. - Développer et mettre en œuvre les actions PRP.	Gabriel Trépanier	DRIM DTSN DPSCS DRH DL DRIA	Réaliser les actions prévues au plan d'action dans la prochaine année.	Les indicateurs définis au plan d'action sont atteints. Les attentes du VGQ sont rencontrées lors de la reddition de comptes en mai 2025.	Les actions définies dans le plan d'action répondent aux exigences du VGQ ; Les délais sont de rigueur ; Contraintes liées au manque de ressources financières et humaines.	●

Service : Amélioration continue et bureau de projets

Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur(s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Optimiser les processus de gouvernance du bureau de projet organisationnel (BPO).	- Chaque projet a sa place dans le portefeuille. - Assurer la mise à jour rigoureuse et standardisée du portefeuille de projet.	Éloïse Tougas-Leclerc	Catherine Lantin Léa Lavoie-Rebelo	Mars 2025	- Nombre d'audits sur la fiabilité des données. - 100% des données requises dans le portefeuille sont complétées. -		●

Service : Amélioration continue et bureau de projets							
	- Assurer la performance du portefeuille de projet. - Légitimer et positionner le rôle du bureau de projets dans l'organisation.				- Les données du portefeuille sont mises à jour chaque mois.		
Positionner le bureau de projets à titre de centre d'expertise en gestion de projets au sein de l'organisation.	- Rehausser le niveau de compétences des chargés de projets de l'organisation. - Établir un lien fonctionnel entre BPO et les chargés de projets. - Diffuser et faire rayonner les bonnes pratiques en gestion de projets.	Éloïse Tougas-Leclerc	Catherine Lantin Léa Lavoie-Rebelo	Mars 2025	- Offrir à 120 personnes la formation Introduction à la gestion de projet. - Création de 5 contenus originaux en gestion de projets diffusés sur intranet.		●
Maximiser la capacité de prise en charge du BPO en optimisant sa gestion des ressources.	- Optimiser et simplifier la gestion administrative et l'infrastructure du portefeuille de projets. - Assurer la capacité maximale de l'équipe via la dotation des postes vacants et la mise en place d'une structure de champion en gestion de projets dans les directions.	Éloïse Tougas-Leclerc	Catherine Lantin Léa Lavoie-Rebelo	Mars 2025	- Taux de rétention des membres de l'équipe. - Un champion en gestion de projet par direction.		●

Service : Amélioration continue et bureau de projets							
Accompagner les directions dans le déploiement du système de gestion.	- Diffuser et faire rayonner les bonnes pratiques en gestion des opérations. - Réviser la structure du système de gestion (station visuelle opérationnelle, salle de pilotage tactique, centre de gestion de la fluidité, CCDA, salle de pilotage stratégique).	Éloïse Tougas-Leclerc	Taha Katiri	Mars 2025	- Degré de confiance des gestionnaires à la capacité du système de gestion de les soutenir dans leur gestion des opérations.		
Accompagner les directions dans la révision et l'amélioration de leurs processus.	- Rehausser le niveau de compétence de l'organisation en amélioration continue. - Créer un système de priorisation des demandes en amélioration continue. - Diffuser et faire rayonner les bonnes pratiques en amélioration continue des processus.	Éloïse Tougas-Leclerc	Taha Katiri	Mars 2025	- Offrir à 120 personnes la formation <i>Introduction à l'amélioration continue – processus A3</i>. - Répondre à 80% des demandes de révision de processus.		

Service : Évaluation et gestion de la performance

Objectifs	Actions/Moyens	Respon sable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Simplifier le processus de suivi et de présentation des indicateurs de l'EGI	- Déployer l'outil Lists pour la complétion des redditions de comptes. - Intégrer au tableau de bord (TB) CISSSMO l'ensemble des indicateurs de l'EGI. - Implanter un mécanisme de suivi des actions/moyens des parties prenantes pour améliorer les indicateurs de l'EGI. - Créer un système de suppléance assurant que pour chaque reddition, au moins 2 personnes sont formées pour extraire et transmettre les données.	Antoine Chaput	- Partenaires en intelligence d'affaires (PIA) directions	2024-09-02	- % indicateurs EGI dans le TB CISSSMO. - % des redditions de comptes envoyées dans les délais. - Nombre de redditions pour lesquelles un suppléant a été formé.		
Instaurer un mécanisme de contrôle efficace sur les objectifs et moyens des axes et piliers du PCO.	- Élargir la solution Power BI à la grandeur du CISSSMO. - Améliorer la qualité des données brutes en procédant au nettoyage de ces dernières. - Réduire le nombre de systèmes d'information source.	Antoine Chaput	- PIA directions - Contractuel TI	2024-09-02	- Nombre de directions avec un tableau de bord tactique en utilisation. - Nombre de bases de données CISSSMO.		
Passer d'une architecture de données partielle à complète.	Standardiser : - La collecte de données. - Le stockage de donnée. - La transformation de données. - La distribution de données. - L'utilisation des données de qualité.	Antoine Chaput	- DRIM - Contractuel TI - PIA directions	2025-03-31	- Taux de BD connectée au lac de données. - Taux de données modélisées.		

Service : Évaluation et gestion de la performance

Instaurer une culture de valorisation de la donnée au CISSSMO	- Développer des espaces de travail Power BI pour chacune des directions CISSSMO. - Améliorer notre système de gestion décentralisé de partenaire en intelligence d'affaires. - Développer un cadre pour la création et publication de rapports Power BI par les employés d'autres directions (autres que les PIAs). - Développer une formation portant sur l'analyse et l'utilisation des données	Samuel Lapointe	- Toutes directions CISSSMO - Dircomm	2024-11-04	- Nombre de directions ayant et utilisant leur espace de travail. - Nombre de formations Power BI complétées par les partenaires d'intelligence d'affaires.		
Révision du processus de cueillette, préparation, transmission et utilisations des données du « Coût parcours de soins et services » (CPSS).	- Développement du mécanisme de suivis des actions et des échéanciers standard. - Révision des systèmes d'information appelés connecteurs. - Démarrage de comités tactiques, opérationnels et d'amélioration continue.	Valérie Rodrigue	- Directions impliquées en phase 0, 1 et 2.	2024-09-01	- Nombre de connecteurs utilisés - État de santé du projet CPSS/FAP		

Transversal DQEPE: Gestion des ressources humaines

Objectifs	Actions/Moyens	Responsable	Collaborateur (s)	Échéancier	Indicateur (SMART)	Suivis/Commentaires	ÉA
Mettre en œuvre les mesures de fidélisation de nos précieuses ressources humaines à la DQEPE.	- Réaliser le sondage bien-être de façon mensuelle. - Assurer une gestion de proximité avec les équipes afin d'augmenter le sentiment d'appartenance et améliorer le climat. - Appliquer le programme d'accueil et intégration à tous les nouveaux gestionnaires et employés. - Réaliser le sondage lors du départ d'un employé. - Appliquer des modalités d'horaires flexibles et de télétravail. - Réaliser annuellement une journée bilan / reconnaissance. - Augmenter la structure de poste en fonction des nouveaux mandats (ex. PRP, HVS). - Réaliser annuellement l'appréciation de la contribution des employés et des gestionnaires. - Appliquer les mesures visant l'équilibre au quotidien découlant de la démarche de santé organisationnelle (Intelligence santé).	Patrick Dubois	Gestionnaires DQEPE	Réaliser les actions prévues au plan d'action en continu.	- Taux satisfaisant du sondage bien-être - Taux de dotation des postes de 90% - Taux de respect de 90 % du non-meeting zone - Taux de réalisation de 100% des appréciations de la contribution		●