



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Châteauguay, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 6 au 11 octobre 2019

Date de production du rapport : 22 novembre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 2019. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du rapport d'agrément compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,

A handwritten signature in black ink, reading "Leslee Thompson". The signature is fluid and cursive, with the first name "Leslee" and the last name "Thompson" clearly distinguishable.

Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	10
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	16
Processus prioritaire : Capital humain	17
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	18
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	20
Processus prioritaire : Communication	22
Processus prioritaire : Environnement physique	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	25
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	26
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	29
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	31
Résultats des outils d'évaluation	33
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	33
Commentaires de l'organisme	37
Annexe A - Programme Qmentum	38
Annexe B - Processus prioritaires	39

Sommaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 11 octobre 2019**

- **Emplacements**

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

1. Hôpital Anna-Laberge
2. Hôpital Barrie Memorial
3. Hôpital du Suroît

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	25	0	0	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	11	1	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	166	8	12	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	57	0	3	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	26	0	2	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	239	5	8	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	0	2	27
Total	550	14	28	592

Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	47 (97,9%)	1 (2,1%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	79 (98,8%)	1 (1,3%)	6
Leadership	43 (91,5%)	4 (8,5%)	3	92 (100,0%)	0 (0,0%)	4	135 (97,1%)	4 (2,9%)	7
Prévention et contrôle des infections	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Gestion des médicaments	67 (98,5%)	1 (1,5%)	10	61 (100,0%)	0 (0,0%)	3	128 (99,2%)	1 (0,8%)	13
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82 (94,3%)	5 (5,7%)	1	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	121 (95,3%)	6 (4,7%)	1
Total	278 (95,9%)	12 (4,1%)	16	255 (99,6%)	1 (0,4%)	11	533 (97,6%)	13 (2,4%)	27

* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) couvre une population de près de 455,000 personnes et comprend 128 installations de dispensation de services. Il fait partie de la grande région sociosanitaire de la Montérégie et assume pour l'ensemble de ses trois sous-territoires la responsabilité de la réadaptation, de la déficience physique et intellectuelle, du spectre de l'autisme et de la dépendance.

Autour de 700 bénévoles et 19 fondations viennent apporter leur contribution à la réalisation de la mission du CISSSMO.

Bien que la mission et la planification stratégique soient édictées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le CISSSMO en a adapté la réalisation en définissant ses ambitions autour des dimensions de l'excellence des soins et services, de l'interdisciplinarité, de l'accessibilité aux services, du questionnement des pratiques, de la reconnaissance des contributions du personnel et des liens avec ses partenaires.

La vision est centrée sur l'utilisateur, appuyée par des valeurs qui reposent sur la bienveillance, la collaboration, l'engagement, l'audace et la cohérence.

Des plans opérationnels sont en place pour l'atteinte des objectifs, avec des cibles et des indicateurs qui font l'objet de suivis dans des tableaux de bord qui servent de reddition de compte aux divers niveaux de l'établissement.

Un projet majeur de construction est en phase finale de planification, soit la construction de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges dans le secteur nord-ouest du territoire. L'ouverture est prévue pour 2026, ce qui devrait permettre de mieux canaliser la clientèle pour laquelle l'Hôpital du Suroît et l'Hôpital Anna-Laberge réussissent difficilement à répondre.

L'accroissement continu de la population et le vieillissement accéléré dans certains sous-territoires viendront ajouter une pression supplémentaire durant la période menant à l'ouverture du nouvel hôpital.

Au cours de la visite, l'équipe de visiteurs a été en mesure de constater que toutes les équipes sont bien alignées sur les objectifs organisationnels, tout en faisant vivre les valeurs de l'établissement au quotidien.

Plus spécifiquement, l'équipe de visiteurs a dégagé des constats généraux sur les 4 dimensions suivantes, soit les soins centrés sur les usagers, la continuité des trajectoires de services, la gestion de la qualité et de la sécurité des soins et le taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR).

Les soins centrés sur les usagers

La prestation des soins et des services est effectuée en partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Plusieurs exemples démontrent que cette pratique s'intègre au quotidien dans les pratiques professionnelles. Au CISSMO, on parle d'utilisateur partenaire, ce qui se manifeste principalement par son implication active dans son plan d'intervention interdisciplinaire.

De plus, le déploiement des usagers ressources est venu concrétiser la participation des usagers dans plusieurs projets de planification et d'organisation des services, avec comme exemple la revue du code d'éthique ou encore les comités de planification du nouvel Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Continuité des trajectoires de services au sein des programmes (interne/partenaires)

L'approche interdisciplinaire est bien implantée à l'intérieur des différents services. Néanmoins, la pénurie de personnel dans certains titres d'emplois vient limiter l'accès à certains services qui connaissent des listes d'attente ou des délais d'accès importants.

Les collaborations avec les partenaires externes de la trajectoire de services sont efficaces, notamment au niveau des partenaires intersectoriels et des organismes communautaires.

Des partenariats étroits sont également entretenus avec le CISSS de la Montérégie-Est et le CISSS de la Montérégie-Centre pour les missions régionales qui sont sous leur responsabilité, à savoir les services Jeunesse, la Santé publique et les Services informatiques.

Gestion de la qualité, sécurité des soins, gestion des risques (organisationnelle et programmes-services)

L'amélioration continue de la qualité, la sécurité des usagers et la gestion des risques sont sous la responsabilité de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. La planification et la mise en œuvre des objectifs retenus sont bien organisées et animées par une équipe qui travaille en collaboration continue avec les directions et l'ensemble de leurs équipes.

Avec le concours de l'équipe de gestion de la performance qui est intégrée à la direction, le déploiement des salles de pilotage servant au suivi des objectifs d'amélioration est en voie d'être complété au niveau de chaque équipe.

Des tableaux de bord permettent de suivre l'évolution des indicateurs de résultats et font l'objet de suivi au niveau du comité de direction et du conseil d'administration.

Taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) (les acquis et les améliorations souhaitées)

L'établissement présente un haut taux de conformité aux diverses pratiques organisationnelles requises (POR). Seules les POR sur l'hygiène des mains au niveau des Jeunes en difficulté et le bilan comparatif des médicaments en Obstétrique et périnatalité ne répondent pas à tous les critères de conformité.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.	· Leadership 15.1

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Les rôles et les responsabilités du conseil d'administration sont définis dans la Loi sur les Services de Santé et de Services sociaux, qui prévoit également la nomination du président-directeur général (PDG) par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Il en est de même pour la mission et la planification stratégique qui sont également édictées par le ministère. Le conseil d'administration a néanmoins participé avec l'équipe de direction à l'exercice d'identification des valeurs et reçoit des rapports réguliers sur le suivi des objectifs opérationnels annuels.

Le conseil d'administration a adopté un Code d'éthique pour les administrateurs qui lui sert de guide dans sa prise de décision. D'autre part, la refonte des codes d'éthique des établissements fusionnés et la rédaction du cadre d'éthique lors de la création du CISSSMO ont été complétées et l'étape de consultation finale est en cours. Il est prévu que le conseil d'administration en fasse l'adoption au cours des prochains mois.

Les nouveaux membres bénéficient d'une orientation bien structurée et l'ensemble des membres ont accès à des séances de formation. À titre d'exemple, des formations ont eu lieu au cours des derniers mois sur la responsabilité populationnelle et sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches.

Le conseil d'administration compte sur plusieurs comités qu'il a formés pour lui permettre de mieux approfondir les domaines dont il assure la gouvernance. On retrouve un comité de gouvernance et d'éthique, un comité des ressources humaines, un comité de vigilance et de la qualité, un comité des soins et des services à la clientèle, un comité de vérification, un comité d'immobilisation, un comité de révision et un comité pour le nouvel hôpital de Vaudreuil-Soulanges.

Le conseil d'administration fait de la qualité et de la sécurité des soins un objectif prioritaire et ces sujets sont à l'ordre du jour de chaque réunion du conseil d'administration.

Les plans de gestion de la qualité et de la sécurité des soins sont bien en place et le conseil d'administration reçoit des rapports à chaque réunion de la part du comité de vigilance et de qualité, et du comité des soins et services à la clientèle.

Les soins centrés sur l'utilisateur sont aussi au centre des préoccupations des membres du conseil d'administration et c'est précisément pour mieux répondre à cet objectif qu'a été créé le comité sur les soins et les services à la clientèle. D'ailleurs, des discussions sont survenues au conseil d'administration concernant le patient partenaire et il a été décidé d'adopter la désignation d'utilisateur partenaire dans la prestation des soins et services, et d'utilisateur-ressource pour la participation des usagers dans les aspects reliés à la planification et à l'organisation des soins.

Le conseil d'administration adopte les budgets d'opération et de développement, incluant les ressources immobilières et informationnelles, et s'assure d'un suivi régulier via le comité de vérification.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

L'énoncé des valeurs a fait l'objet d'une consultation interne et repose sur 5 valeurs fondamentales, soient: la bienveillance, la collaboration, l'engagement, l'audace et la cohérence. Ces dernières sont partagées à tous les niveaux de l'établissement et affichées un peu partout au vu du personnel et de la clientèle.

Bien que la mission et les orientations stratégiques de base du Centre intégré de Santé et de Services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) soient définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'établissement a apporté sa couleur aux désignations du ministère et complète annuellement la mise à jour de l'atteinte des objectifs de la planification ministérielle et procède à l'élaboration de ses objectifs annuels qui feront l'objet de suivis à tous les niveaux. Une station de pilotage stratégique, appuyée par des stations tactiques et opérationnelles qui permettent d'en suivre les résultats. Le déploiement des stations visuelles locales animées par les équipes atteint près de 70 %.

La philosophie de gestion est basée sur l'humanisme, le questionnement des pratiques et sur la valorisation des usagers et du personnel.

Au moment de la création du CISSSMO en 2015, une équipe de gestion de la transformation a été mise sur pied pour accompagner l'équipe de leadership et les diverses équipes dans la transition entraînée par les changements législatifs du réseau de la santé. Cette équipe a par la suite migré dans la direction des ressources humaines et est associée aux stratégies de gestion du changement dans l'établissement.

La démarche annuelle de planification est animée sous le thème « Ambitions et Valeurs », ce qui permet de recentrer les objectifs qui s'en dégagent autour des dimensions de l'amélioration continue et du sens à donner aux actions. Cette démarche s'effectue en consultation avec les divers niveaux de l'établissement, c.-à-d. avec les gestionnaires et les équipes, et avec le conseil d'administration. Par la suite, les gestionnaires définissent les actions à déployer avec le concours de leurs équipes.

L'établissement participe à des activités de promotion et de prévention avec ses partenaires de la communauté, que ce soit les organismes communautaires ou les municipalités. À titre d'exemple, une campagne sur l'hygiène des mains au niveau régional, la promotion de saines habitudes de vie ou encore avec les communautés autochtones du territoire.

Enfin, le CISSSMO est activement impliqué dans l'enseignement et la recherche. Sans être porteur d'une affiliation universitaire formelle, à l'exception d'un Groupe de médecine familiale (GMF) universitaire

affilié par contrat avec l'Université McGill, l'établissement reçoit autour de 2 000 stagiaires annuellement et plus de 60 projets en partenariat avec d'autres centres sont en cours de réalisation. Près de 30 projets sont initiés chaque année, notamment dans les domaines de la réadaptation, de la déficience et de la dépendance.

Les analyses produites et transmises via « Le Phare clinique », sous la direction de l'équipe Innovation et développement des outils cliniques de la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et l'enseignement universitaire, permettent la mise à jour des pratiques en lien avec les données probantes.

Une direction spécialement désignée pour la planification du nouvel hôpital dans le secteur Vaudreuil-Soulanges a été implantée, entourée d'une importante équipe. Un suivi régulier du projet, dont l'échéancier de réalisation se situe en 2026, se fait régulièrement au comité de direction afin d'assurer tous les arrimages nécessaires au niveau des diverses étapes de réalisation.

L'équipe de leadership affronte de grands enjeux qui reposent notamment sur l'augmentation de la population et le vieillissement accéléré dans certains sous-territoires, la pénurie de personnel dans certains titres d'emploi et la surcharge des services d'urgence.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

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

Le cycle de planification annuel des ressources financières et immobilières est bien établi à travers un processus ouvert, où l'ensemble des directions et des gestionnaires sont mis à contribution dans la reconduction des budgets, en tenant compte de la performance des différents services, des accroissements de volume ou encore des projets de développement envisagés.

Des sessions de formation à l'intention des gestionnaires sur la gestion des ressources intégrées (GRI) ont été organisées et chaque direction est accompagnée par un agent des ressources financières qui apporte une assistance dans la planification, le suivi et les réajustements nécessaires au besoin. Cette collaboration est complétée par la participation du conseiller à la performance de la direction de la qualité.

L'introduction du financement à l'activité par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les secteurs de l'imagerie, de l'endoscopie et de la chirurgie permet de constater que ces services sont performants, à l'exception de la chirurgie. Ce secteur d'activités se retrouve pénalisé en raison des contraintes reliées au débordement de l'urgence et au nombre élevé de patients avec un niveau de soins alternatifs (NSA) qui limitent l'accès aux lits pour la chirurgie.

Dans son rôle de vigie et de contrôles internes, la direction des services financiers a désigné une ressource pour s'assurer de l'observation des règles contractuelles en lien avec la Loi sur les contrats des organismes publics.

Également, l'équipe est à développer une approche de gestion intégrée du risque qui devrait déboucher vers un cadre conceptuel de gestion du risque d'ici décembre 2019. Le but sera de développer des outils de gestion du risque pour les divers projets entrepris, de coiffer tous les secteurs impliqués dans la gestion des risques, et de monitorer les risques à l'échelle organisationnelle.

Le projet de construction de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges est un exemple où la gestion du risque prend toute sa dimension, tant au niveau des étapes de planification et de réalisation du projet que dans sa mise en opération complète.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

L'établissement a fait de la qualité de vie au travail l'une de ses priorités stratégiques et plusieurs initiatives ont été déployées. Il y a lieu de souligner le déploiement de l'outil « Ma contribution au climat de travail » permettant tout autant aux gestionnaires qu'aux employés de gérer les situations ayant un impact négatif sur le climat de travail et aussi de développer des approches préventives.

Aussi, l'approche se centre maintenant sur « l'expérience employé », ce qui permet de mieux identifier les cibles d'amélioration de la qualité de vie au travail. Le dernier sondage PULSE a été complété en 2017 et les éléments nécessitant une amélioration ont fait l'objet d'un suivi.

Une politique est en place sur la violence, le harcèlement et la civilité au travail. Les mécanismes prévus fonctionnent et plusieurs cas ont déjà été traités. La mise en place d'un processus de signalement des situations à risque permet de prévenir l'apparition de situations qui pourraient se dégrader.

Les membres du personnel ont accès à diverses formations, dont plusieurs sont reliées à la sécurité des usagers, tels la prévention des chutes, la gestion des comportements violents, les déplacements sécuritaires des usagers, le bilan comparatif des médicaments et les pompes à perfusion.

Plusieurs outils et formations en ligne ont été produits, autant sur des aspects de sécurité que d'organisation des services. La « Boîte à outils », développée à l'intention des gestionnaires, regorge de méthodes et approches pour guider le gestionnaire dans la réalisation des principales dimensions de sa fonction.

Il existe une politique sur la vaccination anti-influenza. Néanmoins, l'équipe est incitée à élaborer une politique sur la vaccination du personnel, touchant notamment les secteurs à risque qui nécessiteraient que le personnel possède les vaccinations à jour nécessaires à sa protection et au risque de propagation.

La planification de la main-d'œuvre se fait de façon continue, et des stratégies supplémentaires sont déployées pour faire face à des pénuries dans certains titres d'emplois, comme en soins infirmiers et au niveau des préposés aux bénéficiaires.

Une politique sur l'appréciation de la contribution au travail est en place. Cependant, son application est variable d'une direction à l'autre. L'équipe est incitée à revoir les outils qui ont été déployés afin de l'adapter, notamment pour les secteurs où le gestionnaire a un nombre élevé d'employés sous leur responsabilité.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.	
15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.	SECONDAIRE
15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.	PRINCIPAL
16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'approche intégrée de la gestion de la qualité relève de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. L'équipe s'assure de la planification et de la réalisation des activités reliées à l'amélioration continue de la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques. L'apport des activités reliées à la performance et à l'évaluation vient renforcer les approches d'amélioration. En ce qui a trait à la coordination des activités en éthique, celle-ci évolue progressivement vers les axes de l'éthique clinique, de l'éthique de la recherche et de l'éthique organisationnelle.

La mise en place d'un bureau de projets est venue supporter la gestion des projets en lien avec la planification stratégique et qui se retrouvent dans les salles de pilotages qui ont été déployées tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel. Il reste environ 30 % des salles de pilotage opérationnelles à mettre en place. Cette équipe apporte également une expertise-conseil dans la gestion de projets reliés à l'amélioration des processus cliniques et administratifs.

L'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches est supportée par cette direction et le déploiement a débuté au niveau des plans d'intervention interdisciplinaires où le partenariat est reconnu comme primordial. Le déploiement de l'utilisateur-ressource au niveau de la planification, de l'organisation et de l'évaluation des services se fait progressivement.

La fonction évaluation et gestion de la performance offre une expertise-conseil en méthodologie d'évaluation et en gestion intégrée de la performance, et on y retrouve le suivi des indicateurs en lien avec l'entente de gestion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'équipe est aussi activement impliquée dans les différentes phases de planification du nouvel Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

L'équipe est appuyée par un comité de gestion des risques et un comité d'amélioration continue de la qualité et de la performance.

Des tableaux de bord sont en place, avec les indicateurs requis, pour suivre l'atteinte des objectifs et des cibles fixés.

En collaboration avec la direction des services financiers et les directions concernées, l'équipe de performance s'est investie dans la nouvelle approche du ministère sur le financement des coûts par parcours de soins et services.

L'équipe mérite d'être félicitée pour l'organisation, en collaboration avec les deux autres CISSS de la Montérégie, du Colloque de la Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue qui a attiré plus de 600 personnes.

Une politique sur la maltraitance a été soumise pour approbation au conseil d'administration en 2018.

Les principales pistes d'amélioration en lien avec la présente visite reposent sur la mise en place d'un plan de sécurité des usagers et l'élaboration d'un plan intégré d'amélioration continue de la qualité.

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

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

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

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

Un comité d'éthique transitoire a été créé en 2016. À la suite de sa mise en place, un appel de candidatures a permis en 2017 le recrutement de 20 membres issus des différentes directions. Le nombre total de membres est maintenant de 18 personnes, incluant un usager-ressource ayant une formation de 2e cycle en éthique. Un appel de candidatures est en cours afin de porter le nombre total de membres à 25.

L'établissement est accompagné depuis le début par le Centre d'éthique du CISSS de Laval, mais vise l'autonomisation au cours de 2020 et sollicite son soutien pour les cas plus complexes.

L'objectif qui sous-tend l'ensemble de la démarche est que tout le monde ait le même but soit : « l'utilisateur qui est au centre de toute intervention et discussion ». Le modèle développé est un « hub and spokes ». Les membres du comité d'éthique rencontrent en tandem les équipes qui demandent des avis. 85 % des membres du comité d'éthique ont pu participer à des délibérations éthiques jusqu'à présent. Le processus de demande est structuré et publicisé via l'intranet. Parfois l'utilisateur participe aux délibérations. Une grille de délibération permet une certaine structure d'analyse, l'évaluation de scénarios et l'élaboration de propositions sous la forme d'un plan d'action. Le but de ce mode de fonctionnement est de ramener l'éthique près des gens, de leur permettre de réfléchir autrement, sur des valeurs.

La mise en place du modèle amène le développement de concepts, d'une approche. L'approche collaborative est utilisée. Des agents multiplicateurs de différentes directions sont présents. Le recrutement de médecins est en cours.

L'approche en éthique est connue au sein de l'organisation et le comité est consulté. De la formation est disponible et des activités de sensibilisation et de communication sont organisées régulièrement. Des suivis sont faits aux différentes instances, ainsi qu'au conseil d'administration par le biais du rapport annuel d'activités. Les membres du comité d'éthique sont aussi consultés par les différentes directions et instances de l'organisation pour donner leur avis lors de consultations pour des politiques, procédures, cadres de référence ou autres.

Le cadre conceptuel en éthique se bâtit au fur et à mesure de l'élaboration et de l'expérimentation de la méthode depuis 2017. Il est actuellement en consultation et son approbation par le conseil d'administration se concrétisera en début 2020. Même s'il n'est pas encore approuvé, le modèle qu'il décrit est fortement implanté dans l'ensemble du CISSS. Il en va de même pour le code d'éthique qui découle du cadre en éthique. Il a été élaboré par un groupe de travail auquel participait un usager. L'orientation du code est d'établir un partenariat avec les usagers en fonction des valeurs, au lieu d'associer chacun des droits des usagers à une liste de comportements attendus. Il comprend les conduites attendues des intervenants ainsi que des usagers.

Les projets de recherche doivent détenir des certifications des organisations multicentriques avant d'être autorisés. La direction des services multidisciplinaires s'assure du respect des différentes règles en vigueur.

Le modèle développé pour l'éthique clinique est en cohérence avec les valeurs organisationnelles que sont la bienveillance, la collaboration, l'engagement, l'audace et la cohérence. Avec l'adoption du cadre en éthique, d'autres étapes seront franchies pour l'éthique organisationnelle. En cette ère de mouvements de personnel, des actions en éthique préventive sont envisagées, dans le but de faire vivre l'éthique dans les milieux, pour assurer un milieu de travail sain, autour de l'usager.

Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

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

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

L'équipe de direction et le conseil d'administration ont bien identifié leurs partenaires stratégiques et les partenaires impliqués dans les diverses trajectoires de services. Les membres de l'équipe de direction et leurs équipes collaborent de façon continue avec les partenaires des trajectoires de services et s'assurent de faire les arrimages nécessaires à une plus grande fluidité et complémentarité des services.

L'équipe des communications relève de la direction des ressources humaines et des liens fonctionnels étroits sont établis avec le PDG pour les communications stratégiques. Cette proximité avec le secteur des ressources humaines a favorisé la synergie entre les communications et tout le secteur du développement organisationnel / gestion du changement de cette direction.

Un plan de communication est en place, avec un volet interne et un volet externe. L'approche globale vise à la fois à renseigner les divers partenaires internes et externes, mais aussi à prendre en compte les besoins des divers publics cibles et à adapter les moyens utilisés en conséquence. L'implication de l'équipe des communications dans les grandes stratégies organisationnelles et dans le support aux équipes dans l'accompagnement à la transformation et au changement représente une dimension importante de son rôle.

Plusieurs politiques organisationnelles ont été déployées, notamment au niveau des communications organisationnelles, des relations médias, des médias sociaux, l'affichage et la sollicitation, et de l'usage de photos et vidéos.

Plusieurs canaux de communication ont été développés tels les cyberlettres, les réseaux sociaux, l'intranet, le site web et la transition de l'affichage traditionnel vers l'affichage et les informations numériques.

L'équipe se démarque par son souci de bien répondre aux besoins d'informations des divers publics et par son souci de monitorer et d'évaluer les taux de pénétration de ses divers outils de communication.

Par exemple, des collaborateurs répartis dans les divers secteurs et le site web ont été revus sur une base régionale avec les 2 autres CISSS de la région de la Montérégie. Aussi, les moyens de communication avec la clientèle anglophone qui compose environ 20 % de la population du CISSSMO ont été révisés avec la participation de représentants anglophones afin de bien adapter les contenus d'information.

Au niveau des systèmes d'information, l'établissement ne bénéficie pas d'un dossier patient informatisé complet dans le secteur hospitalier. Néanmoins, au niveau des services Jeunesse et des services de 1re ligne, les équipes peuvent compter sur les systèmes informatisés PIJE et iCLSC.

Les services informatiques et le Techno Centre régional relèvent du CISSS de la Montérégie-Centre.

Toutes les politiques reliées à la collecte, à la saisie, à l'utilisation et à la conservation des données sont en place. La sécurité informationnelle est appuyée par des politiques rigoureuses supportées par le CISSS de la Montérégie-Centre.

Une personne est responsable de l'accès à l'information et s'assure de donner suite aux diverses demandes de renseignements à l'intérieur du cadre des politiques en place. Pour le patient, il lui est possible de venir consulter son dossier au service des archives ou d'en obtenir copie.

Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.1 L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Plusieurs installations du CISSS ont été visitées, dont les hôpitaux Anna-Laberge, Suroît et Barrie Memorial. Les commentaires de plusieurs visiteurs ont été recueillis dans le cadre du processus d'évaluation.

Les besoins criants d'espaces parallèlement à la croissance de la population de la région ont été remarqués. C'est un problème typique de créer des défis à cause de ses succès.

L'implication des usagers partenaires est déjà présente à plusieurs niveaux, mais il reste que les solutions sont à trouver par l'établissement.

Plusieurs chantiers sont en cours ou seront à venir, mais prenons quand même le temps de nommer quelques défis :

- les corridors de l'urgence de l'Hôpital du Suroît sont congestionnés, surtout par les civières;
- certaines salles de stérilisation d'endoscopie et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) ne sont pas conformes aux normes;
- les portes des utilités souillées devraient être fermées en tout temps;
- la chute à linge (Barrie Memorial) ne comporte pas de serrure.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'ensemble des grands risques et de tous les codes d'alertes permettant de mettre en branle le processus des mesures d'urgence font l'objet de mesures d'urgence à jour pour répondre aux sinistres éventuels malgré une équipe en place relativement restreinte. Plusieurs mesures d'urgence ont été élaborées notamment avec les partenaires du réseau de la santé, des municipalités, de la Sécurité civile et de la Santé publique.

Le plan des mesures d'urgence proprement dit est en rédaction; l'équipe est incitée à terminer le Plan des mesures d'urgence qui s'appuiera sur les diverses mesures d'urgence déjà en place.

De la formation est dispensée sur une base continue et 3,000 employés ont déjà participé à un programme de formation de 75 minutes qui prévoit rejoindre l'ensemble des employés sur une période de trois ans.

Plusieurs exercices d'évacuation touchant 116 installations sur un total de 128 ont eu lieu. L'équipe est incitée à s'assurer de couvrir l'ensemble des sinistres dans son calendrier d'exercices de simulation.

Un plan de continuité des activités est en phase d'élaboration et les approvisionnements en eau et en électricité sont planifiés pour une période de transition advenant un sinistre.

Lors des inondations de 2017 et de 2019, le CISSSMO a déployé des équipes pour le support psychosocial de la population atteinte dans le cadre du Plan de sécurité civile des municipalités où le CISSSMO est responsable du volet santé.

Les liens ont été établis avec le secteur de la prévention et du contrôle des infections et la Santé publique, en cas d'éclosion majeure ou de pandémie. Advenant cette éventualité, un plan des mesures d'urgence spécifiques serait déployé et supporté par la structure du Plan des mesures d'urgence, en cas de nécessité.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

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

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

Le conseil d'administration a adopté l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Orientées au départ sur une approche centrée sur le patient, les équipes ont évolué vers une approche de partenariat avec l'utilisateur, d'où la notion d'utilisateur partenaire lorsqu'il s'agit de son implication dans son plan d'intervention interdisciplinaire, et la notion d'utilisateur-ressource lorsqu'il s'implique dans les sphères de la planification, de l'organisation et de l'évaluation des services.

Les visiteurs ont pu être témoins que l'approche de partenariat avec l'utilisateur dans ses soins et services se pratique au quotidien et que c'est une philosophie qui anime l'ensemble des équipes.

Un service d'accompagnement en partenariat avec l'utilisateur et ses proches est dirigé par une conseillère au partenariat de l'utilisateur qui supporte l'approche et la dispensation de la formation. Des liens sont établis avec la DSIEU, DSMEU, DSPEM, DPJASP, qui, en plus de la DQEPE, ont des responsabilités transversales en lien avec les différents contextes de partenariat.

Lors du lancement officiel de l'approche de partenariat le 5 décembre 2018, une formation a été donnée à l'ensemble des gestionnaires de l'établissement.

Un des axes importants du partenariat est celui du plan d'intervention interdisciplinaire en partenariat, dont le déploiement est lancé. Les premières formations d'animation de rencontres interdisciplinaires en présence des usagers ont été données pour assurer l'animation des rencontres et s'assurer d'une participation pleine et entière de l'utilisateur.

L'équipe du CISSMO a été sollicitée par Im de la Santé et des Services sociaux, de même que deux autres CISSS, pour apporter leur expertise pour élaborer le plan de formation du ministère sur le partenariat des usagers.

Des sondages ont eu lieu pour évaluer l'expérience de l'utilisateur partenaire. Des projets d'évaluation sont prévus au cours des prochains mois.

Au niveau des usagers-ressources, on retrouvera par exemple la participation de certains d'entre eux au niveau de la révision du Code d'éthique ou encore dans les comités de planification du nouvel Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Les critères de recrutement des usagers ressources sont bien définis et une formation leur est offerte.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.4 L'URDM compte une aire de décontamination qui est physiquement séparée des autres aires de retraitement et du reste de l'organisme.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
8.1 Les entrées et les sorties des aires de retraitement sont équipées des installations nécessaires à l'hygiène des mains, y compris les secteurs de soutien au personnel.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
14.1 Un système permet de faire un rappel des dispositifs médicaux qui se rattachent à un cycle de stérilisation.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Comme pour le processus de gestion des médicaments, 3 installations du CISSS ont été visitées : L'Hôpital Anna-Laberge, l'Hôpital du Suroît et l'Hôpital Barrie Memorial.

Soulignons le coup de cœur pour l'Hôpital Barrie Memorial qui offre un environnement paisible.

Soulignons également les implications précoces des usagers partenaires dans les projets de construction et autres, ex. pour le nouvel hôpital.

Un processus structuré et transparent est en place pour toutes les étapes d'acquisition et de remplacement des équipements, mais il y a toujours place à amélioration afin d'optimiser les dépenses des ressources disponibles.

Les équipes d'employés et de gestionnaires en place tiennent le coup et font tout en leur pouvoir pour optimiser leur travail et offrir des services de qualité, même si tout n'est pas parfait au moment de cette visite d'agrément.

Les équipes de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables collaborent de façon positive avec la conseillère en pratiques professionnelles de façon transversale. Les rencontres entre elle et les assistants-chefs de chaque équipe semblent fonctionner harmonieusement.

Chaque milieu apporte son lot des points forts et des points à améliorer. En somme, les usagers sont tout de même servis par des gens passionnés et fiers de montrer leur environnement de travail, et ce, de façon transparente.

Même si l'établissement semble connaître déjà les défis qui l'attendent, nous en dressons quelques-uns :

- Aire de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (URDM) à l'Hôpital du Suroît : avoir des salles d'habillage (souillée et propre séparément). Pour optimiser le travail, il serait mieux que tout se trouve au même étage. Des comptoirs ne sont pas appropriés dans l'aire souillée.

- Plafond du secteur Propre de l'URDM de l'Hôpital Anna-Laberge : à mettre aux normes (de type non poreux).

- Revoir les espaces au niveau de stérilisation pour endoscopie à l'Hôpital Anna-Laberge (espace trop étroit et pas de lavabo pour laver les mains en sortant).

- Avoir un système d'information (logiciel) et un système de traçabilité (dans toutes les installations) harmonisés.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

Prévention des infections

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
10.2 La variété de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'utilisateur est limitée.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

L'équipe de pharmacie est dynamique et résiliente malgré le manque de pharmaciens et d'assistants techniques.

Les gens travaillent de façon interdisciplinaire et cela se reflète dans la gestion des comités interdisciplinaires de gestion des médicaments qui sont bien implantés dans tous les secteurs du CISSS.

On peut remarquer le souci de donner les meilleurs services possible, par exemple les services des médicaments à toutes les 24 heures pour les usagers en hébergement.

Les défis sont à quelques niveaux dont l'harmonisation des technologies pour administration des médicaments (pompes et pousse-seringues intelligentes), du système d'information de pharmacie (logiciel de pharmacie) et la poursuite du programme d'antibiogouvernance.

Un autre élément à surveiller est de faire adhérer aux politiques, procédures et directives mises en place. Qui plus est, maintenir ces dossiers actifs ne constitue pas une simple affaire. À titre d'exemple, avoir un bon programme d'antibiogouvernance dont la participation des membres à chaque réunion (réunions deux à trois fois par année) est moins de 50 % n'aide pas à faire accomplir le mandat attendu.

Certains éléments méritent un rappel, en prévision des autres phases des visites d'Agrément : dossier de prophylaxie thromboembolique, registres des températures des frigos et le dossier de bilan comparatif des médicaments.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
2.9 L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections lors de la mise à jour des processus entourant la sélection et la manipulation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

La préoccupation en lien avec l'hygiène des mains transcende l'ensemble de l'établissement. D'abord, elle est portée au niveau stratégique, étant un objectif prioritaire suivi par le comité de direction. Il est à noter, et ce de façon remarquable, que tous se sentent concernés. Toutes les personnes rencontrées ont manifesté leur volonté à promouvoir la culture de prévention et de contrôle des infections. Multiples sont les stratégies mises en place pour augmenter les taux de conformité à l'hygiène des mains : harmonisation des politiques, procédures et matériel ; formations à l'ensemble du personnel ainsi qu'aux bénévoles; campagnes de sensibilisation à l'interne et à l'externe; système d'évaluation de conformités et partage de résultats aux équipes afin de pouvoir s'améliorer en continu. De plus, il existe un travail de concertation avec les autres CISSS de la Montérégie. L'importante campagne de sensibilisation sous le thème « La solution entre vos mains » témoigne de cette priorité pour l'ensemble du territoire montréalais.

De nombreuses consultations auprès des employés et des usagers se réalisent. L'établissement tient compte des idées innovantes proposées et permet leur mise en place, chaque personne ayant la possibilité d'être un agent de changement.

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) fait preuve d'un leadership fort dans son domaine d'expertise. Soutenue par les diverses instances structurales, à l'interne, et les partenaires, à l'externe, sa crédibilité est bien ancrée auprès des collaborateurs au niveau des directions cliniques aussi bien qu'administratives. Dû au départ récent de l'officier PCI, cette fonction est actuellement vacante. Cependant, l'équipe compte sur la collaboration de trois microbiologistes-infectiologues qui couvrent les besoins en PCI. Il est suggéré de pourvoir le poste d'officier de PCI dans les meilleurs délais. Également, sous recommandation du comité stratégique de PCI, le comité d'évaluation de produits doit être mis en place.

Dans les autres secteurs, les pratiques sont conformes. En lien avec les projets de construction, la PCI est impliquée dès la planification d'un projet jusqu'à sa complétion. Au service de buanderie, le transport de

lingerie souillée et la manipulation de vêtements souillés se font correctement.

En hygiène et salubrité, les déchets biomédicaux et les déchets domestiques sont disposés de façon adéquate. Il y a là aussi des travaux en cours pour le rehaussement des équipements, notamment de nouveaux chariots pour les préposés. Une attention aux portes d'utilités souillées est demandée, ces portes sont pour la plupart toujours ouvertes alors qu'elles devraient être fermées.

Au niveau de la cuisine, l'entreposage et la préparation des aliments sont faits dans un environnement propre pour la plupart des endroits visités, à l'exception de la cuisine à l'Hôpital du Suroît. À noter que le plancher particulièrement ainsi que les espaces de travail lors de la journée d'observation n'avaient pas été nettoyés adéquatement.

Enfin, au point de vue de la propreté et de la salubrité des lieux, il n'y a rien à signaler. Dans l'ensemble et de façon générale, les espaces communs, les corridors, les chambres sur les unités, les stations de lavage des mains, les salles de bain, le bloc opératoire et l'unité de retraitement de dispositifs médicaux, les salles de réunions et autres apparaissent bien entretenus. Les efforts sont à poursuivre en ce sens.

Résultats des outils d'évaluation

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

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

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

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

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

- **Période de collecte de données : 6 novembre 2018 au 15 novembre 2018**
- **Nombre de réponses : 8**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	91
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	63	38	0	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	13	88	84

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	13	13	75	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	13	88	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	13	88	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	96
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	63	25	13	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	13	0	88	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	13	88	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	25	0	75	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	94
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	29	29	43	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	25	25	50	68

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	13	88	82
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	13	50	38	58
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	25	75	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	38	13	50	46
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	38	0	63	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	93
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	25	13	63	81
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	43	14	43	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	43	57	0	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	17	0	83	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	14	86	91

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	0	100	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	60	0	40	84

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	13	25	63	77
34. La qualité des soins	0	38	63	78

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

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

Nous tenons à souligner le travail exceptionnel des équipes visitées, mais aussi la collaboration de tout le personnel, les médecins, les gestionnaires, les membres du conseil d'administration, les usagers et nos partenaires ayant collaboré de près ou de loin au succès de la visite d'agrément. L'organisation est conscient des défis identifiés par les visiteurs, notamment l'implantation du bilan comparatif des médicaments, la standardisation des plans d'intervention interdisciplinaire, le déploiement du plan de sécurité des usagers et ce, dans un contexte de pénurie de personnel. Pour nous, ces défis constituent une priorité d'action pour les prochains mois. Ainsi, l'organisation s'engage à prendre les mesures nécessaires afin de se conformer aux exigences relatives aux critères présentant une non-conformité dans le présent rapport et ce, dans une perspective d'amélioration continue des soins et services sécuritaires pour notre clientèle.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

Annexe B - Processus prioritaires

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

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