



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 2 au 6 décembre 2018

Date de production du rapport : 8 mars 2019

Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (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 décembre 2018. 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 de participer 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.

Veillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	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	21
Processus prioritaire : Communication	23
Processus prioritaire : Environnement physique	25
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	26
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	28
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	30
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	33
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	36
Résultats des outils d'évaluation	39
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	39
Commentaires de l'organisme	46
Annexe A - Programme Qmentum	47
Annexe B - Processus prioritaires	48

Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (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 : 2 au 6 décembre 2018**

- **Emplacements**

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

1. Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
2. CLSC de Bordeaux-Cartierville
3. CLSC de La Petite-Patrie
4. Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal
5. Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies
6. Hôpital Fleury
7. Hôpital Jean-Talon

- **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.)	24	0	1	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	169	15	2	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	55	1	4	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	20	6	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.)	222	23	7	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	24	2	1	27
Total	527	47	18	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	43 (91,5%)	4 (8,5%)	3	29 (96,7%)	1 (3,3%)	6	72 (93,5%)	5 (6,5%)	9
Leadership	38 (80,9%)	9 (19,1%)	3	83 (91,2%)	8 (8,8%)	5	121 (87,7%)	17 (12,3%)	8
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0	65 (91,5%)	6 (8,5%)	0
Gestion des médicaments	74 (94,9%)	4 (5,1%)	0	61 (95,3%)	3 (4,7%)	0	135 (95,1%)	7 (4,9%)	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0	119 (93,0%)	9 (7,0%)	0
Total	277 (92,3%)	23 (7,7%)	6	235 (91,8%)	21 (8,2%)	11	512 (92,1%)	44 (7,9%)	17

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Non Conforme	4 sur 6	0 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 1	0 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS NIM) fait preuve d'un engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés à la population qu'il dessert.

L'approche centrée sur les usagers et leur famille est une priorité organisationnelle en voie d'implantation. Des usagers-partenaires ont participé à plusieurs démarches d'amélioration des soins et services et apprécient grandement leurs expériences.

Les membres du conseil d'administration mentionnent des orientations claires pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement et font preuve d'un souci constant envers l'atteinte de résultats concrets dans l'offre de service du CIUSSS au regard de la qualité et de la sécurité. Le conseil d'administration a adopté les priorités organisationnelles 2018-2021 de l'établissement qui sont en cohérence avec les orientations ministérielles 2015-2020. L'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la dispensation des soins et services sont des critères fondamentaux et incontournables dans la prise de décision.

L'équipe de direction fait preuve d'un fort leadership dans la planification et la mise en œuvre des priorités organisationnelles ainsi que dans la programmation du CIUSSS. Elle met en place des mesures structurantes, garantes de l'atteinte des résultats escomptés. Elle démontre un souci constant face à la qualité des services et à la sécurité de la clientèle. Dans cette perspective, l'organisation a adopté un nouveau système de gestion inspiré de l'approche « Lean Management » qui favorise l'implication et la mobilisation de l'ensemble des acteurs dans l'amélioration des services. Les gestionnaires font également preuve de dynamisme et ont le souci d'améliorer leurs processus de services en impliquant les équipes de leurs secteurs d'activités.

Sur le plan de la main-d'œuvre, le CIUSSS est soucieux de créer un environnement de travail où on a le souci des personnes. Pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, plusieurs stratégies d'attraction sont mises de l'avant permettant d'assurer les soins et services de qualité et sécuritaire tout en réduisant de façon importante la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans l'ensemble de l'organisation.

Le CIUSSS a développé de nombreux partenariats pour assurer la complémentarité des services et le maintien de l'accessibilité avec des partenaires communautaires et institutionnels. Les personnes consultées se disent très satisfaites de l'excellente collaboration des équipes du CIUSSS, et ce, à tous les niveaux. Ils perçoivent beaucoup d'ouverture et un intérêt commun dans la mise en place et l'arrimage de services ou de ressources complémentaires, et ce, pour le bien-être de la population.

Le développement des programmes s'inspire généralement des meilleures pratiques. Les très bons résultats au niveau de la prévention des infections nosocomiales en témoignent. D'autres initiatives notamment au niveau des plateaux techniques d'imagerie médicale et des blocs opératoires ont permis d'améliorer l'accès à ces services et résultent d'une forte volonté d'arrimer les services aux besoins de la population.

Globalement, les soins et services sont dispensés dans des installations de qualité, bien entretenues et sécuritaires. Du côté des hôpitaux, on observe cependant un niveau d'encombrement important, particulièrement du côté de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

En terminant, le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des travaux en cours démontrent de la volonté de l'établissement à poursuivre l'amélioration et la consolidation de son offre de services et à maintenir une vigilance sur la sécurité des personnes. Nous encourageons l'établissement à poursuivre dans cette voie.

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 : Culture de sécurité	
<p>Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.10
<p>Mécanisme de déclaration des événements indésirables Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.4
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 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	
10.3 Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des usagers.	
12.2 Pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité, le conseil d'administration collabore avec le DG et le personnel d'encadrement.	!
12.3 Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration démontre un souci d'offrir des soins et services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins spécifiques de leur clientèle. Le déploiement de l'approche centrée sur les usagers et leur famille demeure pour eux une priorité. Ils souhaitent d'ailleurs recevoir une formation à cet égard.

Des activités d'amélioration continue et de gestion des risques font l'objet de suivis par le comité de vigilance et de la qualité ainsi que par l'ensemble des membres du conseil d'administration. Des rapports trimestriels traitant de la sécurité des patients y sont déposés.

Le conseil d'administration reconnaît l'importance de ses ressources humaines et des partenaires médicaux dans la réalisation de la mission de l'établissement. À ce titre, des indicateurs-clés sur la main-d'œuvre sont suivis et la démarche d'octroi et de renouvellement des privilèges des médecins est appliquée selon les règles.

De nombreux partenariats ont été tissés depuis la création du CIUSSS en 2015. Les partenaires communautaires et institutionnels se disent très satisfaits de l'excellente collaboration des équipes des différents programmes du CIUSSS.

Les administrateurs connaissent leur rôle quant à la gouvernance de l'établissement ainsi que les responsabilités qui leurs incombent. L'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services ainsi que les valeurs de l'organisation guident leur prise de décision. Au niveau de l'allocation des ressources, la performance des services alimente également leur réflexion.

Le conseil a systématisé une démarche d'évaluation de son rendement et de la contribution de ses membres. Des activités de formation continue sont également offertes aux membres.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.3 Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent l'un des principes directeurs de l'organisme.	!
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.12 Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
6.1 Des plans opérationnels sont élaborés dans le but de réaliser le plan stratégique pour atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.3 Les plans opérationnels précisent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services, pour réaliser le plan stratégique et pour atteindre les buts et les objectifs.	
12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La mise en place et l'arrimage de services ou de ressources complémentaires se font dans un esprit de concertation et de collaboration avec les partenaires institutionnels et communautaires du territoire desservi. On dénote une mobilisation commune des parties pour agir sur les facteurs qui ont un impact positif sur la clientèle et plus particulièrement, sur les clientèles vulnérables. Notons à titre d'exemple les travaux réalisés conjointement avec l'ensemble des acteurs des trois réseaux locaux de services pour revoir et harmoniser l'offre de service aux personnes âgées. Un exercice de priorisation a permis d'identifier avec ces partenaires 13 chantiers prioritaires. Soulignons également la contribution d'une équipe de recherche du CIUSSS pour l'évaluation des impacts chez les jeunes dans le cadre du plan collectif Jeunesse de l'arrondissement de Montréal-Nord.

L'ensemble des partenaires interrogés soulignent la très grande écoute, l'ouverture et la collaboration riche et généreuse des intervenants du CIUSSS, et ce, à tous les niveaux.

Le CIUSSS a amorcé des travaux pour revoir la trajectoire de certaines clientèles notamment la clientèle

atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique avec l'implication de patients-partenaires. Soucieuse de donner un accès équitable en imagerie médicale à l'ensemble de la population desservie par le CIUSSS, des travaux ont également été menés afin d'optimiser les trois plateaux techniques de l'établissement. Ces travaux ont permis de respecter les codes de priorités des examens demandés par les médecins de la communauté, de n'avoir aucune demande hors délai et de plus, de pouvoir offrir des corridors de services à d'autres établissements. Un même exercice de révision de l'utilisation des blocs opératoires a également permis d'optimiser l'utilisation des salles d'opération.

L'établissement a établi des priorités organisationnelles 2018-2021 adoptées au conseil d'administration qui tiennent compte du plan stratégique ministériel 2015-2020 et de la mission de soins spécialisés et surspécialisés qui lui est confiée. Afin d'assurer la réalisation de ses priorités organisationnelles, l'établissement aurait avantage à établir une planification annuelle en y précisant les échéanciers de réalisation.

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)

En matière de planification, d'analyse et de suivi budgétaire, les cadres sont soutenus par des conseillers de la Direction des ressources financières qui sont soucieux de développer une approche personnalisée centrée sur le développement des compétences des cadres en matière de suivi budgétaire et d'analyse de performance. Des suivis statutaires ont lieu à chaque fin de période budgétaire avec chacun des cadres. Le comité de direction assure le suivi de la situation budgétaire de l'établissement et un rapport est également présenté au conseil d'administration.

Malgré la présence d'un processus de planification et de suivi budgétaire à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation, le CIUSSS présente des difficultés financières importantes. Un plan de retour à l'équilibre budgétaire a été adopté au conseil d'administration et a été approuvé par le MSSS.

Le processus de planification et de contrôle budgétaire a été récemment révisé et devrait contribuer pour le prochain exercice financier à relever les nombreux défis inhérents au retour à l'équilibre budgétaire. Des efforts seront réalisés pour amorcer un processus de planification plus hâtif ainsi qu'une reddition de comptes dès les premières périodes financières de l'année.

L'allocation des ressources est faite en tenant compte des priorités organisationnelles et des besoins d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les projets de réaménagement et de développement immobiliers sont planifiés avec l'implication des services utilisateurs. Compte tenu des nombreux besoins et des ressources limitées, les projets retenus sont en étroite relation avec les priorités organisationnelles.

Les services clients sont impliqués dans la définition des besoins et l'évaluation des propositions d'acquisition d'équipement. Le processus d'acquisition des équipements respecte les procédures et la législation en vigueur. Au niveau des produits de soins, des efforts ont été mis à l'harmonisation des produits dans les services de première ligne et dans les centres d'hébergement.

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)

La direction de l'établissement a ciblé les ressources humaines comme un enjeu stratégique des prochaines années. On dénote un souci de la personne, et ce, tant au niveau de son développement, de sa santé physique et psychologique qu'au niveau de son bien-être au travail. Le taux en assurance-salaire en témoigne : le CIUSSS se situe à 5,78 alors que la moyenne des établissements du Québec se situe à 7,60.

Pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, le CIUSSS a mis en place plusieurs stratégies d'attraction qui lui permettent d'assurer la dispensation des soins et services avec des ressources suffisantes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Il faut d'ailleurs souligner la très belle performance de l'établissement au chapitre de la main-d'œuvre indépendante qui est en baisse dans les centres d'hébergement et pratiquement éliminée dans les hôpitaux.

Au chapitre du recrutement, deux initiatives innovantes méritent également d'être soulignées. Tout d'abord, l'implantation dans les locaux du CIUSSS d'un centre régional de recherche et de formation en environnement avec simulateur patient pour l'apprentissage (ESPA). Ce projet permet d'accueillir davantage de stagiaires au CIUSSS et favorise le recrutement d'employés potentiels.



Un deuxième projet novateur réalisé en collaboration avec la Ville de Montréal, Recrutement Santé Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec vise l'intégration sociale et professionnelle des infirmières diplômées hors Canada. Ce projet pilote unique au Québec, le Projet Intégration-Travail-Formation (PITF), a permis au CIUSSS d'accueillir deux cohortes d'infirmières qui ont réussi leur intégration dans l'établissement et ont ainsi comblé une partie des besoins en ressources humaines qualifiées.





Bien qu'une politique d'appréciation de la contribution des employés soit présente, les efforts devront être poursuivis pour ancrer cette pratique de reconnaissance de façon assidue et pour assurer la consolidation de la culture de sécurité.

De façon globale, les intervenants du CIUSSS sont engagés, disponibles et fiers d'offrir des services de qualité à leur population. On perçoit un très bon climat de travail et un fort sentiment d'appartenance.

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	
12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.	!
12.4 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
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
15.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. * Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.	
15.4.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en oeuvre sont consignées.	PRINCIPAL
15.4.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.	PRINCIPAL

15.4.7	<p>L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements (p. ex. selon les résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
15.10	<p>Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.</p>	 SECONDAIRE
15.10.2	<p>Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.</p>	SECONDAIRE
15.10.3	<p>Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.</p>	SECONDAIRE
16.1	<p>Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.</p>	
16.6	<p>Des possibilités d'amélioration de la qualité fondées sur les tendances relatives aux incidents liés à la sécurité des usagers, aux données sur le rendement, aux données sur l'expérience vécue par l'utilisateur, aux commentaires des comités consultatifs des usagers et des familles ainsi qu'à d'autres sources sont cernées, et des plans pour dresser l'ordre des priorités et se pencher sur les possibilités d'amélioration sont élaborés.</p>	
16.7	<p>Le personnel d'encadrement de l'organisme vérifie si les plans d'amélioration de la qualité et les changements qui s'y rattachent sont mis en oeuvre.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		

La qualité des soins et services, la sécurité de la clientèle et l'amélioration continue sont des éléments présents dans la prise de décision à tous les niveaux de l'organisation ainsi que dans la dispensation des

soins et services.

L'implantation d'une gestion intégrée des risques est bien enclenchée. Un recensement des risques organisationnels a été fait en 2017. L'établissement est toutefois encouragé à compléter sa démarche en identifiant les mesures atténuantes pour empêcher la réalisation des risques et élaborer un plan de sécurité de la clientèle.

Les processus de déclaration des incidents/accidents et de divulgation sont en place. On note un bon niveau de déclaration et des rapports trimestriels sont diffusés aux équipes et au conseil d'administration. Toutefois, l'établissement est encouragé à utiliser davantage ces déclarations comme source d'information lui permettant d'identifier des mesures d'amélioration des soins et services.

Un processus organisationnel intégré d'audits a été élaboré par la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires, en collaboration avec la Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique.

L'établissement s'est engagé depuis 2016 dans l'implantation d'un modèle de gestion inspiré du Lean Management qui soutient l'amélioration continue des processus. Ce modèle de gestion a favorisé la mise en place d'une salle de pilotage stratégique et de salles tactiques dans chaque direction et graduellement, de stations visuelles opérationnelles et ce, autant dans les directions et services administratifs que cliniques. L'animation de ces stations est faite lors de la tenue de caucus avec les équipes et est un moment privilégié pour faire le point sur les cibles à atteindre et identifier ensemble des mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Compte tenu de l'importance de mobiliser les équipes de soins dans la recherche de mesures d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité de la clientèle, l'établissement est encouragé à déployer dans un horizon à court terme ces stations visuelles opérationnelles dans tous les secteurs cliniques.

Le comité des usagers contribue activement à la promotion et à la défense des droits des usagers. Il se fixe des objectifs annuellement. Les interventions du comité des usagers et de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'inscrivent dans une vision d'amélioration des soins et services. Ils ont d'ailleurs souligné la très grande collaboration des gestionnaires pour donner suite à leurs suggestions et recommandations.

Ainsi, beaucoup d'initiatives et d'activités d'amélioration continue et de gestion des risques sont en place et réalisées, mais il sera important d'intégrer le tout à court terme dans un cadre global d'amélioration continue de la qualité afin d'encadrer et d'orienter les équipes sur le terrain.

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

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

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

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

Deux équipes distinctes ont été rencontrées. L'équipe éthique de la recherche et l'équipe éthique clinique.

L'équipe éthique de la recherche relève du Conseil d'administration.

Elle se réfère au cadre de référence élaboré par le MSSS en 2016. De plus, elle s'appuie sur le document concernant les règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche.

Un mandat important de cette équipe a été la mise à niveau des divers cadres de gestion de la recherche présents dans l'ensemble des établissements.

Afin d'être en mesure de s'arrimer aux orientations du CIUSSS NIM, l'équipe préconise la vision du développement de la recherche intersectorielle.

La dimension environnement psychosocial est une voie de recherche à développer qui peut très bien s'allier à la recherche fondamentale afin de mettre en place les meilleures pratiques.

Nous encourageons l'équipe à poursuivre dans cette voie et à faire connaître sa vision auprès de la communauté des chercheurs, que ce soit à l'interne ou à l'externe, de manière à attirer les expertises qui lui permettront d'aller de l'avant. Il est à souligner que l'équipe est enthousiaste à l'idée d'explorer et de répondre à ce nouveau défi.

L'équipe éthique clinique a, au cours des années, travaillé très fort pour arrimer ses pratiques et aussi pour répondre aux besoins exprimés en matière d'éthique.

Un accompagnateur d'un autre CIUSSS ayant l'expertise en éthique est présent dans le processus de suivi de la mise en oeuvre de l'équipe en éthique clinique du CIUSSS NIM.

Il y a des rencontres du comité de coordination de l'éthique du CIUSSS. Il y a une équipe de consultation éthique unifiée CIUSSS et ils se réfèrent aux valeurs et au cadre éthique développé en mai 2018.

Équipe très dynamique qui utilise les compétences de tous les intervenants au dossier lorsqu'une situation éthique survient sur une unité de soins ou de services. Des rencontres de débriefing sont faites suite à un événement, ce qui est un excellent apprentissage pour l'ensemble de l'équipe.

Un numéro centralisé est disponible pour l'ensemble des secteurs et nous suggérons de poursuivre les efforts de communication afin de faire connaître les services offerts par l'équipe.

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)

Les équipes rencontrées représentent les secteurs des communications, des archives et des technologies de l'information.

L'équipe des communications par la mise en place d'un processus de consultation auprès des équipes CIUSSS a été capable d'identifier les stratégies de communication organisationnelles nécessaires à la mise en place du CIUSSS. Cette initiative démontre la volonté d'aller de l'avant et de faciliter la transmission de l'information auprès des équipes.

Nous encourageons l'équipes du secteur des communications à poursuivre dans cette voie de la mise en place des pratiques facilitatrices pour le bon fonctionnement du CIUSSS.

L'équipe des communications s'est donnée comme stratégie de répondre à des besoins ponctuels et utiliser cette opportunité afin d'harmoniser les pratiques et processus.

Ils ont mis en place plusieurs politiques en lien avec les stratégies de communication, dont l'accès aux médias, l'affichage sur les babillards, la sollicitation dans l'ensemble des installations du CIUSSS, etc.

La volonté de retrouver l'information autant pour le patient que pour les employés dans un format facilement reconnaissable est manifeste.

Le service des communications veut utiliser les écrans numériques déjà en place dans les différentes installations afin d'informer la population sur les services offerts. Ceci dans une optique d'utiliser tous les moyens disponibles pour offrir de l'information aux usagers.

Divers moyens sont mis de l'avant afin de recueillir l'information au niveau du personnel de l'établissement. Ils ont mis de l'avant une page Facebook qui permet de diffuser de l'information pertinente qui touche le CIUSSS.

Divers autres moyens sont mis de l'avant pour informer les équipes et la population. De l'info-lettre hebdomadaire aux mémos mis dans les publi-sacs pour la population; ce sont d'excellentes initiatives pour rejoindre les parties prenantes du CIUSSS et du réseau local.

Les efforts mis de l'avant par le service des archives afin de numériser le dossier-patient méritent d'être soulignés. Il faudra poursuivre dans cette direction et voir à éventuellement outiller les équipes de soins

et services pour l'implantation d'outils électroniques qui permettent de réduire l'utilisation du papier. De la sensibilisation est faite en collaboration avec l'équipe des communications au sujet de la confidentialité et de la protection de la vie privée.

L'équipe des technologies de l'information est également très active dans la consultation et la mise en place d'un plan d'action et de développement.

Il est à souligner l'enthousiasme de l'équipe rencontrée, car il y a une synergie et une collaboration assurée lorsque les projets sont présentés.

L'idée du projet à aire ouverte afin de faciliter l'accès aux jeunes de 12 à 24 ans mérite d'être soulignée. Ces jeunes qui sont habilités dès l'enfance à travailler avec les outils technologiques font l'objet de l'attention de l'équipe des communications et sont une réponse, voire une préparation en amont des besoins éventuels de cette clientèle.

Les stratégies de communication touchent à la fois le territoire de desserte et l'interne au CIUSSS ce qui est une préoccupation constante observée.

Nous suggérons à l'établissement une certaine vigilance dans le choix et le nombre des projets à mettre de l'avant, car le momentum peut toucher différents services et à la fois avoir des impacts bénéfiques sur l'ensemble de l'organisation.

À ce titre, il y aurait lieu de formaliser des objectifs organisationnels spécifiques qui touchent plusieurs directions afin d'éviter une perte d'énergie qui somme toute est des plus positive chez l'ensemble des personnes rencontrées.

Il y aurait lieu d'instaurer un mécanisme d'évaluation formel de l'ensemble des mesures afin d'assurer l'évolution et la pérennité des projets.

De plus, la communication à tous les échelons de l'organisme mérite une attention particulière.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le CIUSSS doit composer avec les contraintes qu'imposent ses infrastructures et ses immeubles vétustes. Selon les personnes rencontrées, des inspections régulières ont lieu pour veiller à ce que les conditions physiques et environnementales concordent avec les normes législatives, de manière à protéger la santé et la sécurité des équipes et des usagers. De plus, plusieurs chantiers sont en opération à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, l'Hôpital Jean-Talon et l'Hôpital Fleury. Depuis la dernière visite, des travaux ont été réalisés au niveau des fenêtres.

L'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal a reçu la visite de la Direction des assurances du réseau de la santé et services sociaux (DARSSS), les 2-3 octobre 2018, ciblant la prévention des sinistres en général, surtout pour l'eau et les incendies. Le CIUSSS demeure en attente du rapport ministériel.

Les installations visitées sont propres à tous les niveaux de l'établissement et accessibles pour les personnes à mobilité réduite. Selon la personne rencontrée, une évaluation concernant les installations physiques en lien avec la mobilité réduite a été réalisée par un consultant en architecture. Les murs ont un aspect malpropre et une attention particulière pourrait y être apportée.

Dans une unité de chirurgie courte durée de l'Hôpital Jean-Talon, un patient handicapé mentionne ne pouvoir accéder à la toilette. Il doit descendre deux étages plus bas pour répondre à ses besoins. Le responsable du service en a été avisé et assurera un suivi auprès du patient.

La direction utilise le système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) Octopus comme un levier pour éviter les ruptures de services. De plus, l'ensemble du personnel a été formé pour pouvoir répondre à la demande, advenant une absence. On utilise les forces de chacun pour construire des équipes. Des rencontres de gestion ont lieu dans tous les secteurs et un suivi est effectué. L'approche participative et de collaboration est en place.

Lors de la visite dans les sites de Sacré-Cœur, Jean-Talon et Fleury les visiteurs observent que les aires de circulation sont très encombrées.

On retrouve un personnel qualifié et disponible afin de répondre rapidement aux différentes situations. On ressent un esprit d'équipe fort, bravo et bonne continuité!

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

Un plan unifié des mesures d'urgence est en cours de réalisation. L'échéancier de 2020 est réaliste selon l'équipe rencontrée. Les équipes se réfèrent aux plans des mesures d'urgence des établissements constitutifs du CIUSSS NIM, qui sont connus des personnes rencontrées.

L'équipe des mesures d'urgence est très dynamique et est en mode solution. Le support aux équipes de soins et services dès qu'une situation mérite l'attention est constant. L'équipe tente à chaque fois de tirer des leçons des événements. Il est à souligner le degré de proactivité de l'équipe qui a récemment fait la simulation de l'arrivée massive de sinistrés. Des enseignements ont émergé de cette expérience et cela permet à juste titre de sécuriser les premiers intervenants face à ce type d'événement lorsqu'ils surviendront.

Malgré que l'équipe n'ait pas un plan des mesures d'urgence unifié, nous constatons un grand souci à faire en sorte que les équipes de premier niveau possèdent l'information pour réagir. De la formation à l'embauche et à divers moments est offerte et à poursuivre.

L'équipe travaille de concert avec les arrondissements et participe activement aux comités ou groupes de travail interdisciplinaires des mesures d'urgence qu'ils soient sectoriels ou régionaux. L'équipe est particulièrement fière du travail accompli lors de la période de chaleur accablante survenue à l'été 2018. Le visiteur a été à même de constater la synergie de l'équipe et la solidarité qui émanent spontanément lorsqu'il réfère à cet événement.

D'autres événements cités en exemples démontrent de la solidité du travail d'équipe et de la solidarité qui émanent de ces moments difficiles.

Les personnes qui participent à la coordination des interventions sont passionnées et démontrent une compétence et une volonté d'aider.

Le grand défi demeure la communication dans un CIUSSS que certains qualifient de famille reconstituée. Comment le pilotage des mesures d'urgence est fait à travers le CIUSSS d'une manière claire et fluide? Comment les personnes qui offrent des soins et services sont sensibilisées aux différents outils et moyens à leur disposition pour faire face aux événements?

Nous invitons l'équipe à poursuivre les efforts dans les exercices de simulations et ceci dans tous les secteurs du CIUSSS. L'évaluation des interventions demeure un autre élément sur lequel nous invitons l'équipe à se pencher.

La rédaction d'un rapport post-événement et un monitoring des événements dans les différentes installations pourraient servir de prémisses pour élaborer un dossier utile aux dirigeants afin de solutionner à plus long terme des problématiques récurrentes. Le travail est débuté, il ne faut que poursuivre dans cette voie.

La rédaction d'un rapport post-événement et un monitoring des événements dans les différentes installations pourraient servir de prémisses pour élaborer un dossier utile aux dirigeants afin de solutionner à plus long terme des problématiques récurrentes. Le travail est débuté, il ne faut que poursuivre dans cette voie.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
5.4 Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille.	!
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!
Ensemble de normes : Leadership	
4.9 Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers et à leur famille.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement est fortement engagé dans le développement d'une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur et sa famille. La direction a d'ailleurs recruté des patients-partenaires dans plusieurs activités d'amélioration telles que la révision de la trajectoire des personnes âgées, la trajectoire des usagers atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et en oncologie. Un usager participe également au comité de gestion des risques et un autre au pilotage tactique de la Direction générale adjointe en santé physique.

Les patients-partenaires rencontrés soulignent leur appréciation de cette expérience et disent se sentir écoutés. Leurs témoignages sont des plus inspirants et ils sont très reconnaissants face à l'établissement qui leur permet de vivre cette expérience. Tous sont unanimes à reconnaître l'engagement de l'établissement à développer une culture de soins et de services centrés sur les besoins et attentes des usagers.

Afin de se doter d'une vision et d'un plan d'action pour le déploiement de cette approche à tous les niveaux, la direction du CIUSSS a confié un mandat au Bureau du partenariat avec les usagers de l'Université de Montréal pour faire un diagnostic sur le niveau de déploiement de l'approche à travers le CIUSSS. Un plan d'action incluant les principes directeurs suivra et sera déposé au conseil d'administration.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
3.1 L'URDM est conçue et aménagée en fonction du niveau d'utilisation des services, de la gamme de services de retraitement et de la circulation à sens unique des dispositifs médicaux.	
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.	!
7.9 Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!
7.10 La conformité aux politiques, aux PON et aux directives des fabricants est évaluée régulièrement et des changements sont apportés s'il y a lieu.	
8.2 Les lavabos dans l'aire de retraitement sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un oeil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	
9.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'URDM.	!
15.1 Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	

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

Un système informatisé de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a été mis en place, reposant sur un processus d'entretien préventif qui intègre également l'acquisition et le remplacement des équipements et des appareils médicaux pour le CIUSSS. Ce système permet d'assurer la surveillance

de la gestion des équipements et des appareils médicaux (réparation, suivi des contrats, bris, localisation), d'améliorer l'inventaire des pièces de rechange et de surveiller les accords de niveaux de services concernant la maintenance corrective.

Les fonctionnalités des systèmes permettent aussi de répondre adéquatement aux requêtes de services tout en respectant les délais selon l'urgence de la demande. Un comité décisionnel d'investissements médicaux (acquisition et remplacement) est en place et se réunit annuellement pour la priorisation et la mise en oeuvre du plan.

Des ententes contractuelles avec des fournisseurs externes pour l'entretien préventif d'équipements ou appareils médicaux en imagerie médicale et à la stérilisation sont aussi en place. Il existe une évaluation de satisfaction des acteurs du service de la direction des services techniques (DST). Un déploiement est prévu dans les prochains mois pour les utilisateurs des services de la DST pour l'ensemble du CIUSSS.

Les membres de ce personnel entretiennent des relations harmonieuses avec les autres professionnels et les partenaires, telles les conseillères en prévention et contrôle des infections (PCI), le personnel clinique de divers centres d'activités, notamment le bloc opératoire, le personnel de l'hygiène et salubrité, le personnel de la direction des services techniques et le personnel des achats. La direction des services techniques (DST) dispose d'une démarche structurée et transparente pour sélectionner et acquérir les équipements, les instruments et les appareils médicaux, et pour choisir des fournisseurs compétents.

Depuis la précédente visite d'agrément à l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal en 2014, l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) a mis en place plusieurs activités de conformité ou de projets d'amélioration continue de la qualité qui ont demandé des efforts considérables pour répondre aux exigences d'Agrément Canada. Le CIUSSS utilise les données probantes et les meilleures pratiques du CSA et de l'INSPQ pour la conformité du processus de retraitement. Il y a eu une harmonisation de plusieurs procédures pour les quatre sites. Des travaux de rénovation de l'URDE et l'acquisition de nouveaux appareils de désinfection de haut niveau (DHN) et des appareils pour la purge des canaux des endoscopes ont été réalisés. On a procédé au rapatriement des activités de retraitement concernant les sondes endocavitaires de l'imagerie diagnostique vers l'URDM. Il y a eu une implantation de nouveaux bacs de transport pour le matériel souillé en provenance de divers secteurs d'activités. L'URDM a procédé à l'achat d'un nouveau stérilisateur et la formation concernant l'utilisation a été donnée aux acteurs concernés. Le projet de construction du nouvel URDM de l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal a été élaboré avec le bureau de projet du CIUSSS.

En 2017, il y a eu une restructuration complète de l'équipe de l'URDM à l'Hôpital Jean-Talon. Depuis, il y a eu une stabilisation au niveau de l'équipe du service, selon le personnel consulté, on mentionne actuellement un climat de confiance, un sentiment d'appartenance et du plaisir à travailler. Il est prévu de restructurer l'URDM de l'Hôpital Fleury en 2019.

Le personnel reçoit la formation nécessaire dès leur entrée dans le service. On encourage le service à faire la mise à jour de celle-ci avec la participation et l'implication du personnel et des partenaires concernés. On retrouve la culture de la mesure dans l'ensemble des URDM. Les résultats des indicateurs sont affichés

sur un tableau et accessibles à tous. Il y a lieu de souligner la performance de l'équipe de l'Hôpital Jean-Talon concernant la diminution de 93% des accidents/incidents, et ce, depuis la restructuration au niveau du secteur et on incite l'organisation à faire connaître les résultats des indicateurs à d'autres niveaux de l'organisation.

L'offre de services ainsi que la cartographie des processus de retraitement sont affichées sur un babillard à l'entrée du service. Un système informatisé permet la traçabilité de l'ensemble des instruments utilisés. Le programme opératoire informatisé dans le logiciel «OPERA», permet au personnel de consulter en tout temps l'ensemble des activités du bloc opératoire en lien avec les étapes de retraitement et stérilisation à l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal et à l'Hôpital Jean-Talon.

Au 2e étage de l'URDM de l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal, il n'existe pas de lavabo pour le lavage des mains avant d'entrer dans l'aire de l'assemblage des dispositifs médicaux propres. On encourage le secteur à revoir des aménagements ou de rénovations possibles afin de répondre aux exigences.

À l'URDM de l'Hôpital Fleury, l'espace réservé pour la salle de décontamination est exigü et peu fonctionnel pour le personnel en place. Un projet de relocalisation a été présenté à la direction, le secteur demeure dans l'attente d'une réponse.

La mise en place du système informatisé «Chrono Medic» permet la traçabilité de l'ensemble des instruments utilisés et permet au personnel de consulter en tout temps l'ensemble des activités en lien avec les étapes de retraitement et stérilisation. Cette démarche se poursuit pour l'Hôpital Fleury en 2019.

On suggère aux URDM à faire une activité de porte ouverte pour permettre une meilleure compréhension et l'importance de ce service. Bravo à l'équipe et bonne continuité!

Les défis pour les prochaines années sont : mettre en place le système de traçabilité à l'URDM de l'Hôpital Fleury; réviser le plan de présence pour évaluer les besoins à la suite des ajouts de chirurgie ou à l'augmentation des endoscopies; maintenir la fierté et l'importance du service de retraitement; préserver la confiance du personnel et des partenaires.

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.	!
11.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
12.2 Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
12.3 Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.5 Les aires d'entreposage des médicaments sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements applicables en matière de médicaments contrôlés.	!
12.6 Dans la pharmacie et les unités de soins, les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé sont rangés séparément.	!
12.10 Les aires d'entreposage des médicaments sont inspectées régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Les équipes de la pharmacie des hôpitaux du Sacré-Coeur-de-Montréal et de Fleury ont été rencontrées. Lors de la rencontre, une pharmacienne de l'Hôpital Jean-Talon était présente. Le service de la pharmacie a travaillé très fort au cours des dernières années à l'uniformisation des pratiques à l'intérieur du CIUSSS NIM et nous soulignons la qualité du travail accompli.

Un comité de pharmacologie interdisciplinaire a été formé et a travaillé à l'harmonisation des pratiques.

Notons la forte collaboration et le niveau de maturité de l'équipe de la pharmacie du CIUSSS NIM. La collaboration entre les joueurs majeurs des hôpitaux est un facteur clé du professionnalisme et de la rigueur notés au moment de la visite.

Des audits sont faits régulièrement sur les unités de soins des différentes installations et les résultats démontrent de l'évolution des pratiques mises en place. Des audits sur les réserves de médicaments aux différentes unités ont été réalisés et les résultats partagés avec les équipes en place.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission, au départ et au transfert est réalisé dans toutes les installations par des assistants techniques, des pharmaciens ou des médecins. Seul l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies semble utiliser les infirmières pour la complétion du BCM.

Nous suggérons à l'établissement la possibilité d'impliquer davantage les infirmières dans la réalisation du BCM de manière à maintenir l'expertise de ces dernières lors des absences des professionnels dédiés et afin de maintenir une qualité d'enseignement auprès des usagers.

L'équipe de la pharmacie travaille de concert avec les microbiologistes et les infirmières de la PCI pour la gestion des antimicrobiens.

Le niveau de collaboration de l'équipe se fait sentir à tous les niveaux de l'organisation. Que ce soit en milieu hospitalier ou en hébergement, les pharmaciens distribuent les conseils et les services ce qui est apprécié des équipes.

L'utilisation des pompes à perfusion dans l'ensemble des installations mérite l'attention. Le service de la pharmacie de par son expertise pourrait être d'une aide précieuse dans le suivi de la formation des infirmières. Nous n'avons pas noté de registres de formation connus des équipes. De même que la certification nécessaire aux bonnes pratiques.

Les frigidaires qui renferment des médicaments ne sont pas tous équipés de thermomètres et d'un système de vérification au quotidien (ex.: unité coronarienne de l'Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal et CHSLD de La Petite-Patrie). De plus, ceci est particulièrement vrai au CHSLD de La Petite-Patrie. Cependant, il est à noter que la responsable du secteur était en processus d'acquisition de l'équipement nécessaire afin de se conformer.

Le profil pharmacologique a été modifié et harmonisé. L'équipe de la pharmacie peut retracer le parcours du médicament ce qui lui permet d'identifier les modes de défaillance.

La vision est d'avoir des pharmaciens le plus possible près des patients et des services à la clientèle. L'établissement préconise cette approche sachant toutefois que lorsque ce n'est pas possible, un pharmacien doit être disponible pour répondre aux demandes.

Les équipes rencontrées sont en mode solution et à l'Hôpital Fleury les personnes rencontrées démontrent de l'ouverture pour soutenir davantage les unités de soins. L'objectif de revoir les processus pour éventuellement offrir plus de services aux différentes unités de soins toujours dans le souci d'offrir une qualité de soins optimale au patient est une pratique acquise.

L'utilisation des échantillons est proscrite dans les secteurs des unités de soins, cependant tolérée en première ligne.

Il y aurait lieu à court terme de définir les règles d'utilisation des échantillons dans ces secteurs de manière à s'assurer d'une uniformité et d'un contrôle de ce qui est fourni comme médication aux patients.

De la formation et des notes de service sont acheminées aux responsables cliniques sur toute sorte de sujets pertinents. Toutefois, nous notons que la communication aux équipes terrain se fait à géométrie variable et peut avoir un impact sur les soins et la sécurité du patient. Nous suggérons un renforcement de la collaboration par une prise en charge de ce type de suivi au niveau des unités de soins et services.

Il est suggéré de conserver au niveau local la liste des présences aux séances de formation et de s'assurer qu'un retour est fait au niveau des personnes absentes. De plus, il est recommandé d'avoir un calendrier de formation que le personnel pourrait avoir en main et connaître à l'avance de manière à favoriser les présences.

L'enjeu d'avoir un système d'information unifié, particulièrement au niveau des trois centres hospitaliers en santé physique, est un incontournable qui éventuellement permettra de faire des économies de temps autant au niveau du service de la pharmacie qu'au niveau des équipes traitantes évitant du coup les retranscriptions de médicaments qui sont multiples.

L'équipe est particulièrement fière du niveau de collaboration obtenu depuis la création du CIUSSS. Le transfert de l'expertise est présent et se poursuivra sans doute au cours des prochaines années.

Nous suggérons le positionnement de la pharmacie dans l'organisation afin d'en faire un modèle de réussite au niveau de l'harmonisation des pratiques et de la collaboration. Le renforcement de la collaboration avec les autres équipes et directions cliniques nous apparaît souhaitable pour le maintien de la sécurité de l'administration de la médication. À ce chapitre, un plan d'action élaboré de concert avec les autres membres des équipes cliniques pourrait facilement permettre de corriger les problématiques et lacunes vécues au niveau de la transmission de l'information.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
9.5 La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
14.1 Il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	
14.5 Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

Il y a lieu de féliciter l'équipe pour l'initiative concernant la mise en place d'un plan de formation en lien avec les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) impliquant des simulations dans les trois (3) hôpitaux en santé physique. Les simulations sont effectuées à partir de scénarios établis en collaboration avec le laboratoire de simulation et l'équipe médicale ce qui permet de mesurer l'application des protocoles et d'y apporter des modifications ou des améliorations, le cas échéant. Ce programme a été présenté lors de conférences scientifiques aux Journées scientifiques de l'Association des infirmières en prévention des infections 2016 (AIPi) et au Simulation Summit 2017. Bravo à l'équipe!

Au niveau du comité interdisciplinaire de la PCI, on observe des liens étroits et de bonnes collaborations avec tous les acteurs concernés. Il s'agit d'une équipe de professionnels interdisciplinaires ayant une ouverture d'esprit, une volonté d'améliorer la qualité et la sécurité de l'offre de services et une capacité

de gérer rapidement des situations difficiles (Comité de crise).

L'équipe de la PCI a réalisé une enquête épidémiologique basée sur des données probantes de l'Institut national de santé publique du Québec (pyramide de la hiérarchie des mesures), une approche utilisée pour connaître les éléments causals de la récurrence du C-Difficile. Des travaux de réaménagement et des changements effectués dans la majorité des unités de soins de l'Hôpital Jean-Talon ont permis d'atteindre d'excellents résultats. À la période 1 de 2018-2019, le taux d'infections nosocomiales était de 10,85 infections/10,000 jours/présence; ce taux est passé à 0,00 jours/présence pour la période 7. Bravo à l'équipe pour cette belle initiative. On encourage l'équipe à faire connaître ses réalisations et à présenter le projet comme une pratique exemplaire!

L'équipe de PCI a développé de nombreux outils. Plusieurs audits ont été effectués, notamment au niveau de la conformité de l'hygiène des mains. L'amélioration de la collaboration avec les gestionnaires et les services d'hygiène et salubrité a permis d'augmenter la conformité à la pratique d'hygiène des mains, autant pour le personnel que pour les patients et leurs proches. Il y a lieu de féliciter les équipes du CHSLD de La Petite-Patrie pour leur niveau d'atteinte de la conformité du lavage des mains (entre 79 et 100%). L'équipe est appelée à développer des outils de communication dans le but de promouvoir les travaux et les réussites de l'équipe de PCI.

Chaque gestionnaire a la responsabilité de voir à ce que l'environnement soit conforme avec les bonnes méthodes de nettoyage et désinfection dans les aires de travail et dans les chambres des patients, en collaboration avec l'équipe en hygiène et salubrité. Le but est d'assurer aux patients et à leur proches, aux visiteurs, aux intervenants et bénévoles, un environnement sain, propre et sécuritaire en appliquant des normes et des techniques de travail éprouvées. Dans une unité de soins de l'Hôpital Jean Talon, on trouve des chariots de linge propre et un chariot pour les prélèvements sanguins à l'air ambiant, le responsable est invité à revoir la façon de faire avec le conseiller en PCI.

Pour les équipes rencontrées, plusieurs enjeux et défis sont à venir tels que : la mise en œuvre du programme de prévention et contrôle des infections (PCI) du MSSS; l'implication du patient et la famille dans la prise de décision et dans des comités concernant la PCI; la planification de formation sur la PCI pour les bénévoles et les usagers et familles de façon systématique; l'harmonisation des politiques et des procédures pour l'ensemble des sites du CIUSSS; la poursuite des audits de conformité de l'hygiène des mains et atteindre la cible identifiée et les sondages d'expérience vécue par les acteurs (prestataires de soins, médecins, bénévoles) concernés par la PCI, incluant, l'utilisateur et sa famille.

Dans le domaine de la construction et la rénovation l'équipe en PCI est impliquée dans les projets du CIUSSS. Une conseillère-cadre experte en contrôle environnemental est dédiée à cette tâche dans l'équipe de PCI du CIUSSS. De plus, elle est formatrice pour la norme de l'Association canadienne de normalisation à cet effet. Une formation de trois (3) heures a été offerte à l'ensemble des ouvriers et gestionnaires du service d'entretien et exploitation des immeubles, des chargés de projet de la direction des services techniques du CIUSSS ainsi qu'à l'ensemble des conseillères en PCI. Cette formation est également offerte annuellement aux nouveaux employés et gestionnaires de ces catégories. Une formation en PCI est aussi offerte aux entrepreneurs avec lesquels le CIUSSS a conclu des projets de construction ou de rénovation.

L'entrepreneur doit respecter ce qui a été recommandé. Advenant des manquements significatifs au niveau du contrat, l'équipe a l'autorité d'arrêter un projet.

Au niveau du service de l'alimentation, des audits mensuels sont effectués sur la manipulation, la température de la nourriture et l'environnement et les résultats sont affichés dans le service. Advenant, des non-conformités, l'équipe amène rapidement des correctifs. Le responsable de l'équipe projette de mettre en place les normes «Global Food Safety Initiative (GFSI)» pour assurer une sécurité maximale. L'ensemble du personnel a été formé concernant la procédure sur la sécurité alimentaire et règles d'hygiène et de salubrité pour le personnel du service alimentaire. Il y a également eu la mise en place des salles de pilotages (tactique et opérationnelle) dans lesquelles les indicateurs de qualité sont affichés hebdomadairement.

Une formation a été développée avec la compagnie «Germaction» en trois volets, et ce, d'une durée de 16 heures et validée par la PCI, et sera donnée à l'ensemble du personnel du service d'hygiène/salubrité. Il est prévu de poursuivre cette formation en avril 2019.

Les patients consultés évoquent le magnifique travail accompli par l'équipe en prévention et contrôle des infections et de se sentir en sécurité. Le personnel rencontré mentionne la disponibilité et le professionnalisme des conseillères et des médecins en PCI. Bravo à l'équipe!

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 : 15 décembre 2016 au 8 avril 2017**
- **Nombre de réponses : 16**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	6	25	69	92
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	6	25	69	92
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
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

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	94	0	6	69
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	94	0	6	69
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	19	69	83
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	19	69	83
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.	6	0	94	93
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.	6	0	94	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	25	6	69	95
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	25	6	69	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	94
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	25	13	63	59

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	25	13	63	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	6	94	94
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	6	94	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	6	6	88	96
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	6	6	88	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	6	6	88	85
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	6	6	88	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	19	81	91
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	19	81	91
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
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.	13	38	50	73

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	13	38	50	73
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	13	25	63	64
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	13	25	63	64
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	13	88	80
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	13	88	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	50	36	14	56
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	50	36	14	56
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	19	6	75	83
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	19	6	75	83
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	38	13	50	40
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	38	13	50	40
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.	44	19	38	76

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
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.	44	19	38	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	33	17	50	90
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	33	17	50	90
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	40	13	47	74
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	40	13	47	74
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.	13	20	67	86
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.	13	20	67	86
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	57	29	14	80
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	57	29	14	80
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	60	10	30	71
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	60	10	30	71
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	18	9	73	84

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	18	9	73	84
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	19	81	92
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	19	81	92
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	19	6	75	90
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	19	6	75	90
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	15	0	85	84
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	15	0	85	84
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	56	22	22	83
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	56	22	22	83

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 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	50	25	25	74
33. La sécurité des usagers	50	25	25	74
34. La qualité des soins	47	20	33	77

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	
34. La qualité des soins	47	20	33	77

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 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.

L'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à la population est au cœur des actions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Notre Vrai Nord – notre vision organisationnelle – témoigne de notre engagement en ce sens : Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé.

Dans une optique de priorisation stratégique, notre équipe de gestion s'est basée sur nos valeurs et principes de gestion pour cibler quatre priorités organisationnelles qui appuient cette vision, c'est-à-dire devenir un CIUSSS :

- * Attirant, accueillant et innovant
- * Facile à naviguer
- * Ancré dans sa communauté
- * En amélioration continue grâce aux forces de chacun

Pour focaliser nos actions vers l'atteinte de ces objectifs, nous avons identifié 13 chantiers stratégiques qui nous permettent d'agir concrètement sur la qualité, l'accès, l'efficacité et le capital humain, tout en incluant la sécurité des soins et services, la prévention et la promotion de la santé, sans oublier le partenariat avec l'utilisateur.

Afin d'assurer une cohérence organisationnelle et un alignement entre les priorités stratégiques et les actions sur le terrain, nous avons mis en œuvre une démarche qui a permis d'identifier les actions et opportunités d'amélioration à mettre en œuvre et ainsi mobiliser l'ensemble de l'organisation vers l'atteinte de nos objectifs prioritaires. Appuyée des meilleures pratiques de gestion, notre démarche a permis de concentrer nos efforts et d'implanter rapidement des améliorations concrètes pour les usagers, en plus de coordonner, suivre et prioriser toutes les activités découlant des plans opérationnels à l'échelle de notre CIUSSS.

Soulignons que si cette vision se concrétise actuellement, c'est grâce à l'implication quotidienne de tous ceux et celles qui font partie de la grande communauté de notre CIUSSS. De par leur dévouement et leur volonté constante d'offrir des soins et services de qualité, ils contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Le président-directeur général

Frédéric Abergel

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

Tout au long du cycle de quatre 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.