



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal**

Montréal, QC

**Séquence 1**

Dates de la visite d'agrément : 17 au 22 novembre 2019

Date de production du rapport : 14 février 2020

## Au sujet du rapport

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-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 novembre 2019. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	10
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Gouvernance	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	22
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	25
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	29
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	35
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	39
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	39
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	48
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	49

## Sommaire

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud-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 : 17 au 22 novembre 2019**

- **Emplacements**

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

1. Centre d'hébergement Émilie-Gamelin
2. Centre d'hébergement Armand-Lavergne
3. Centre administratif
4. Santé publique régionale
5. Bureaux du SAT (Santé au travail) – Direction régionale de santé publique
6. CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique
  - CLSC Côte-des-Neiges
  - École Simone-Monet
  - CLSC Benny Farm
7. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique Territoriale
  - CLSC de la Visitation et GMFU des Faubourgs
  - CLSC Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs
  - CLSC de Verdun
8. CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique
  - Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - CLSC de Rosemont
  - CLSC Olivier-Guimond
9. CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique
  - CLSC de Bordeaux-Cartierville
  - YMCA de Cartierville
10. CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique
  - CLSC LaSalle
  - CLSC de Pierrefonds
  - CLSC du Lac-Saint-Louis
  - École de l'Odyssée
11. Hôpital de Verdun
12. Hôpital Notre-Dame
13. Unité de médecine familiale (UMF) Notre-Dame

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

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

***Normes sur l'excellence des services***

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

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	57	0	0	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	201	1	14	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	63	2	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	29	1	2	32
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	271	5	8	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	0	2	32
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>708</b>

## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	80 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Leadership	47 (100,0%)	0 (0,0%)	3	91 (98,9%)	1 (1,1%)	4	138 (99,3%)	1 (0,7%)	7
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	29 (93,5%)	2 (6,5%)	0	67 (94,4%)	4 (5,6%)	0
Gestion des médicaments	74 (100,0%)	0 (0,0%)	4	63 (100,0%)	0 (0,0%)	1	137 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82 (97,6%)	2 (2,4%)	4	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	121 (97,6%)	3 (2,4%)	4
Santé publique	42 (97,7%)	1 (2,3%)	4	66 (100,0%)	0 (0,0%)	3	108 (99,1%)	1 (0,9%)	7
<b>Total</b>	<b>331 (98,5%)</b>	<b>5 (1,5%)</b>	<b>17</b>	<b>320 (98,8%)</b>	<b>4 (1,2%)</b>	<b>12</b>	<b>651 (98,6%)</b>	<b>9 (1,4%)</b>	<b>29</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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.**

1. La continuité des trajectoires de services au sein des programmes (et en lien avec les autres partenaires de l'offre de services)

La continuité des trajectoires de services au sein des programmes est variable. Certaines équipes reconnaissent peu les bénéficiaires administratifs de la fusion. Toutefois, la possibilité de faire des projets communs et de partager l'expertise clinique est présente.

Lors de l'examen d'une trajectoire clinique, faire les ponts avec les autres équipes d'un même programme demeure toujours un défi d'arrimage dans un même continuum de service.

2. La gestion de la qualité et des risques (au niveau organisationnel et au sein des programmes-services)

L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique établie. Des ressources sont allouées pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité. L'établissement s'est doté d'un modèle qualité-performance incluant le point de vue de l'utilisateur. Ce modèle est basé sur l'accessibilité, la mobilisation et l'optimisation.

3. Le partenariat établi avec les patients et les familles (relatifs aux soins directs, de même que l'organisation des services)

Une approche de soins et de services centrée sur la personne est présente.

L'établissement sait instaurer des pratiques qui favorisent le partenariat avec l'utilisateur. Le point de vue de l'utilisateur est recueilli régulièrement. Le conseil d'administration compte un utilisateur parmi ses membres et il entend régulièrement des utilisateurs et des familles. L'utilisateur est au centre du modèle qualité-performance. L'approche utilisateur partenaire est l'un des fondements de la vision de l'établissement.

4. Le taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (les acquis et les améliorations souhaitées)  
100 %

## 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.

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

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

Le conseil d'administration réalise de façon appropriée son rôle de veiller aux intérêts du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en exerçant tous les pouvoirs, sous réserve des dispositions prévues dans la loi. L'ensemble des administrateurs sont expérimentés, ils sont tous engagés et vigilants. Notamment, ils voient à ce que des services de qualité et sécuritaires soient dispensés par l'établissement en continuité et en complémentarité avec ceux des autres établissements et ressources de la région. Ils s'assurent du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes en se dotant d'un code d'éthique et en nommant un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement et ses adjoints. Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes mérite d'être mis à jour, notamment pour y inclure les nouvelles fonctions qui sont dévolues au commissaire par la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Le conseil d'administration met en place les différents comités qui se rattachent à lui, comme : le comité de gouvernance et d'éthique, le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité, le comité des Ressources humaines. Il s'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines. Il s'assure du bon fonctionnement des instances relevant de lui : comité de gestion des risques, comité de révision, comité d'évaluation du rendement de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des autres instances comme les comités d'éthiques de la recherche, comité central en éthique, comité de traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine et les moniteurs.

Les conseils consultatifs obligatoires tels que le Conseil des infirmières et infirmiers, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le Conseil multidisciplinaire, le Conseil sages-femmes et les Comités des usagers sont présents et fonctionnels au sein de l'établissement.

Il y a lieu de souligner la maturité de ce conseil d'administration. La relation de confiance qui règne entre les membres et la direction en témoigne. Les activités et les décisions du conseil d'administration sont consignées et archivées. Le site Gouvernance Web est remarquable. La documentation du conseil d'administration est de qualité et démontre une grande rigueur. Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'établissement. Les membres suivent un processus qui leur permet d'évaluer régulièrement le rendement du conseil d'administration et son efficacité.

Le conseil d'administration est invité à maintenir les hauts standards de gouvernance établis en s'assurant que l'établissement rend les soins et services, accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est issu de la fusion d'établissements publics et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cet établissement est responsable d'un réseau territorial de services; il offre des soins et services dans les 2 secteurs suivants :

- Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc (comprenant les CLSC des Faubourgs Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc);
- Verdun, Côte-Saint-Paul, Ville-Émard, Saint-Henri, Petite-Bourgogne et Griffintown (comprenant les CLSC de Saint-Henri, de Verdun et de Ville-Émard).

Cet établissement assume sa responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population du territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique. Dans le cadre des mandats locaux, régionaux et suprarégionaux qui lui sont dévolus, il offre une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux et spécialisés en s'assurant de les rendre accessibles, efficaces, efficients et de qualité. Il détient cinq désignations universitaires : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Institut universitaire de Jeunes en difficultés de Montréal, Institut universitaire sur les dépendances, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal et le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales. Ces désignations universitaires se répartissent en six dimensions : l'enseignement, les pratiques de pointe, le transfert et l'utilisation des connaissances, le rayonnement, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention ainsi que la recherche. Il mérite d'être souligné que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal se démarque par ses initiatives novatrices et efficaces en santé et services sociaux. Il est un leader en matière d'innovation sociale.

Bien ancré au centre de la communauté montréalaise, l'établissement est axé sur la santé urbaine. Sa priorité est de rendre les services, accessibles, efficaces, humains et de qualité. Sa vision repose sur l'excellence des soins et services, l'innovation, un milieu de travail stimulant et une approche d'usager partenaire. Les valeurs de respect, d'engagement, de passion et de collaboration animent la philosophie de gestion et guident les actions prises au quotidien par le personnel. Il est à souligner le caractère profondément humain de ses orientations et de sa vision. Celles-ci retrouvent beaucoup leur sens auprès des équipes cliniques qui sont confrontées quotidiennement à des enjeux de société caractérisés par de grands centres urbains. Elles sont en contact au quotidien avec des clientèles marginales qui, dans certains cas, refusent de recevoir des soins et des services. Il est à mentionner que l'établissement sait adapter son offre de services aux besoins changeants de la population.

Depuis sa création en 2015, cet établissement a établi des principes et une vision du travail en partenariat. Il démontre l'importance de travailler de concert avec son réseau de partenaires pour l'amélioration de la santé et le bien-être de sa population, respecter l'autonomie des partenaires et reconnaître l'expertise et l'apport des partenaires dans la mise en commun des analyses et des solutions. À cet effet, la création de la direction adjointe Partenariats urbains démontre bien la portée transversale exercée au sein du CIUSSS auprès des neuf autres établissements montréalais, des partenaires ministériels, des établissements des autres régions du Québec et auprès de plusieurs partenaires intersectoriels en vertu de ses mandats locaux, régionaux et suprarégionaux. Le partenariat est notamment bien établi avec les principaux regroupements d'organismes communautaires, les cinq CIUSSS de la région, la Direction régionale de la Santé publique, la ville de Montréal et les établissements d'enseignement. Il existe également une instance de liaison avec les 13 Fondations.

L'établissement est invité à poursuivre sa mission avec autant de rigueur, toujours aussi attentif aux besoins de la population qu'il dessert, avec le souci d'offrir des soins et des services à échelle humaine, inclusifs et respectueux du vécu de ses clientèles.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'établissement suit un processus de planification budgétaire rigoureux. Les budgets annuels sont préparés conformément aux politiques et procédures en vigueur. Le conseil d'administration approuve les budgets. Ces derniers sont surveillés et des rapports réguliers sur le rendement financier de l'établissement sont produits. L'établissement procède régulièrement à des analyses comparatives pour améliorer son efficacité. Un outil de « benchmarking » interactif a été développé.

Nous invitons les dirigeants à poursuivre avec la même rigueur, à soutenir les gestionnaires dans leur rôle et à relever les différents défis qui se présentent à eux afin de répondre de façon appropriée aux besoins de la population.

## 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)

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal compte sur près de 17?000 employés, près de 900 médecins omnipraticiens et spécialistes et près de 1300 bénévoles pour prodiguer au quotidien les soins et les services à la population située dans la partie Centre-Sud de l'île de Montréal. Il s'ajoute à ce nombre près de 300 chercheurs et près de 6000 stagiaires par année dans une quarantaine de disciplines dont 22 universitaires.

Les rapports hiérarchiques sont clairs. Le profil des postes est élaboré pour chaque titre d'emploi et mis à jour. Les responsabilités en matière de sécurité y sont clairement définies. Des stratégies de rétention et de recrutement innovantes sont en place. L'établissement réalise des entrevues de départ afin d'améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs. Du soutien à la formation et au perfectionnement professionnel du personnel est offert. Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en œuvre. Diverses formes de reconnaissances sont réalisées. Une politique de l'appréciation de la contribution est élaborée. Il y a lieu de persévérer dans son application dans les équipes de travail.

L'établissement est invité à poursuivre avec autant de rigueur ses efforts de recrutement et de rétention de sa main d'œuvre afin de se positionner favorablement dans le contexte de pénurie actuelle pour certains types de profession. Le roulement chez des gestionnaires est observable dans certains secteurs de l'établissement. Il y a lieu de bien les soutenir dans la réalisation de leur rôle. De plus, bien que différentes stratégies soient élaborées dans le but d'aider le personnel à prendre en charge leur santé, l'investissement au niveau de la santé globale des employés a davantage à être priorisé de façon plus marquée.

## 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.

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

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

L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique établie. Des ressources sont allouées pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité. L'établissement s'est doté d'un modèle qualité-performance incluant le point de vue de l'utilisateur. Ce modèle est basé sur l'accessibilité, la mobilisation et l'optimisation. Sa conception théorique est digne de mention. L'utilisateur est au centre de ce modèle. L'approche usager partenaire est l'un des fondements de la vision de l'établissement. Il a été possible de constater à quel point ce modèle est fondé sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement, centré sur la personne. Le point de vue des usagers et des familles est sollicité sous différentes formes. Des mesures sont prises en fonction de l'évaluation de l'expérience des usagers.

L'amélioration de la qualité est l'une des priorités stratégiques établies. Les cinq désignations universitaires favorisent et appuient le recours systématique à des processus et à des outils d'aide à la décision normalisés et aux lignes directrices des meilleures pratiques. L'établissement s'est également doté d'un bureau de projets organisationnels et d'une équipe d'amélioration continue, alliant chargés de projet et agents d'amélioration en tandem dans plusieurs projets organisationnels. L'implantation d'un système de gestion visuelle dans toutes les directions est réalisée. L'utilisation courante des A3 est constatée. La marche Gemba est réalisée mensuellement par la direction générale, soit en se rendant directement sur le terrain afin d'entendre les usagers et les équipes afin d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux et saisir les occasions de s'améliorer.

L'approche de partenariat de soins et de services est présente. La mise en place d'un bureau de l'engagement et du partenariat avec les usagers et leurs proches mérite d'être soulignée. Une politique sur l'engagement et le partenariat avec les usagers et leurs proches est en vigueur. Une communauté de pratique avec les usagers, les proches, les citoyens et les communautés du CIUSSS est implantée. Des initiatives incluant l'utilisateur comme pair, comme ressource et comme soignant sont constatées et elles méritent d'être soulignées. Le Comité des usagers du centre intégré (CUCI) est présent. Onze comités des usagers et vingt et un comités des résidents sont actifs.

Des projets d'amélioration de la qualité sont mis en place. Des indicateurs sont utilisés pour cerner des possibilités d'amélioration. Des résultats d'activités d'amélioration sont communiqués aux usagers, aux familles et au personnel. L'établissement est invité à poursuivre le développement de la mesure et de se doter des outils technologiques nécessaires pour y parvenir et rendre plus complet son modèle de qualité-

performance. Les meilleures pratiques cliniques sont utilisées pour améliorer les soins. La gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est appliquée. Le tableau de bord à ce sujet est remarquable. La divulgation de ces incidents est réalisée auprès des familles ou des usagers. Des rapports sont soumis au conseil d'administration. Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en œuvre. L'établissement met également en œuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques. Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en œuvre. Des processus clairs et documentés sur la façon de soumettre une plainte au sujet des soins reçus, ou qui devraient être reçus ou de signaler une violation des droits des usagers sont communiqués aux usagers et à la famille. Une politique du bilan comparatif des médicaments est en vigueur.

Un haut niveau de maturité en amélioration continue de la qualité est constaté. La façon dont l'utilisateur est pris en considération mérite d'être soulignée. L'établissement est invité à maintenir les hauts standards de gestion de la qualité établis, poursuivre son développement et maintenir les efforts afin de rendre les soins et services accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

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

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

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

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

L'établissement s'est doté d'un cadre conceptuel en éthique en septembre 2019. La qualité de ce document mérite d'être soulignée. Les domaines de l'éthique sont abordés et bien intégrés, dont l'éthique de la gouvernance, l'éthique de la recherche, l'éthique organisationnelle, l'éthique clinique et l'éthique de la santé publique. Ce dernier domaine est novateur. L'établissement dispose de conseillères en éthique. Un plan triennal de formation et de sensibilisation a été adopté par le comité central en éthique. Près de cinquante personnes sont désignées ambassadeurs au sein de l'établissement. Quatre comités d'éthique de la recherche y sont présents : Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), du vieillissement et la neurologie, des Jeunes en difficulté ainsi que des dépendances, inégalités sociales et santé publique.

Les mécanismes pour aborder les questions d'ordre éthique sont bien présentés : la méthode d'accueil, d'analyse et d'orientation d'une demande, les outils d'aide à la prise de décision en éthique clinique et les outils d'aide à la prise de décision en éthique organisationnelle ainsi qu'un outil pour soutenir le bien-fondé de la décision. Différentes fiches éthiques cliniques sont élaborées et disponibles au personnel par l'intranet. L'éthique de la recherche prépare également des fiches qui seront bientôt disponibles.

L'établissement démontre sa capacité à vouloir aider les individus, les équipes à dénouer des impasses de façon légitime via une posture réflexive face aux normes et aux valeurs. Ainsi, l'exercice d'un jugement pratique en situation complexe est possible.

L'établissement est invité à maintenir le rythme malgré l'augmentation des demandes de consultations. Il est à penser que le recrutement de médecins constituerait une valeur ajoutée à tout ce qui est déjà en place. L'établissement est invité à poursuivre dans cette direction.

## 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)

La communication interne occupe une place importante au sein de l'établissement. À ce sujet, une structure des communications est établie : communication organisationnelle, communication hiérarchique et communication ciblée. Au-delà de la création et de la production de contenus, la communication interne s'appuie sur les principes de marketing RH. Elle contribue à donner du sens et une âme à l'établissement, elle favorise le sentiment d'appartenance. L'intranet, le bulletin interne et son infolettre, les notes infoGestion et les notes intra direction constituent les principaux moyens de communication avec les employés. À cet effet, le site Intranet mérite d'être souligné. L'expérience positive des usagers et l'humanisation des soins, la santé urbaine, l'expérience positive des employés et l'innovation sociale constituent les grands positionnements transversaux à poursuivre. D'une autre façon, la direction générale assure une présence sur le terrain notamment par les marches Gemba, son mot dans les bulletins interne, l'usage des médias sociaux et sa présence à des événements internes. Il a été observé que les nombreuses stations visuelles déployées contribuent à permettre une communication soutenue auprès des employés. L'établissement est invité à poursuivre ses efforts pour assurer une communication interne à tous ses employés.

Pour sa part, la communication externe vise à faciliter l'accès aux services et à l'information, à augmenter la notoriété du CIUSSS et de sa mission universitaire, à positionner le CIUSSS dans la sphère publique, à influencer l'opinion publique, à informer la population et à attirer les futurs employés. Les valeurs du CIUSSS, le modèle qualité-performance, la littératie en santé sont quelques éléments qui guident les communications externes. L'établissement est proactif avec ses relations médias. Il est aussi clair dans ses communications en mesures d'urgence. Il dispose des plans de communication et politiques nécessaires pour actualiser son rôle de communication. Un nouveau site web fait état d'un virage population. Ceci mérite d'être souligné.

La sécurité des renseignements administratifs et cliniques est au cœur des préoccupations. De nombreux efforts sont déployés pour y parvenir, notamment la veille de protection des renseignements personnels des usagers en continu, la structure de contrôle par des évaluations et suivis mensuels, les actions du comité de sécurité stratégique et celles du comité de vérification du conseil d'administration. Les technologies de l'information demeurent un défi pour un établissement de santé de cette envergure.

L'établissement s'est doté d'outils afin d'encadrer la rédaction et un processus d'adoption des types de

documents d'encadrement et de nature administrative permettant de préciser les responsabilités de gestion. Il existe des politiques et des processus qui permettent aux usagers d'accéder facilement à l'information contenue dans leur dossier de façon systématique et en temps voulu. Les équipes ont généralement accès en temps opportun aux informations du dossier usager pour réaliser une prestation sécuritaire et de qualité.

L'établissement est invité à poursuivre ses efforts avec la poursuite de ses projets, notamment Le Rendez-vous du CIUSSS, le Guide des communications en mesures d'urgence locale et régionale ainsi que le modèle d'organisation et de gestion d'un service de communication en contexte de grande organisation publique.

Il est aussi invité à relever les défis qui se présentent, notamment, contribuer au développement provincial du Centre de traitement de l'information nuagique, maintenir sa vigilance à la sécurité informationnelle, soutenir les employés dans les utilisations des communications électroniques, associer davantage les technologies de l'information et la communication, rehausser des technologies de l'information devenues désuètes, poursuivre le développement du dossier santé numérique et contribuer au développement du système d'information unifié en ressources humaines.

## 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)

Les systèmes de chauffage sont l'objet d'une surveillance quotidienne. Ceux de la ventilation et de la climatisation qui servent à contrôler la température, l'humidité, les odeurs et l'apport en air frais sont vérifiés à intervalles réguliers et des rapports d'inspection de firmes externes sont acheminés aux gestionnaires de la direction des services techniques qui en prend bonne note. Lors du renouvellement de contrats, les gestionnaires sont consultés et peuvent apporter leurs commentaires et des modifications sont effectuées lorsque nécessaire.

Les équipes doivent composer avec les contraintes qu'imposent des infrastructures et des immeubles vétustes au sein du CIUSSS. Les équipes font face à une difficulté à procéder à l'ensemble des travaux nécessaires en raison de la pénurie de main-d'œuvre qui touche les employés de la construction.

Nous encourageons les équipes à s'assurer que les divers professionnels (tel que la PCI...) qui peuvent apporter une contribution significative en termes de sécurité de la clientèle durant les travaux de construction soient interpellés, et ce de manière systématique.

Les projets de développement durable qui peuvent englober ceux qui vont réduire l'empreinte écologique, l'atténuation et l'adaptation aux changements climatiques et/ou la réduction des gaz à effets de serre sont à promouvoir et à actualiser au sein du CIUSSS. Un plan de travail ambitieux et généreux a été réalisé au cours des derniers mois à cet effet et les équipes terrain sont enthousiastes à l'idée d'actualiser un projet.

Dans cet ordre, nous invitons l'établissement à prioriser un dossier porteur qui pourrait se réaliser à brève échéance et qui démontrerait aux usagers et employés le souhait de l'établissement à réduire son empreinte pour les générations futures, élément des plus médiatisé et qui préoccupe le plus les populations de nos jours. Le support des hautes instances est sans contredit une garantie du succès d'une telle entreprise. Nous soulignons l'intérêt manifeste de la direction de la Santé publique à l'égard de tels projets.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
14.9 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	

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

Une équipe regroupée comprend près de 175 personnes, dont 15 professionnels et 160 agents de sécurité. Il veille à la sécurité intérieure, la prévention des incendies, les mesures d'urgence et la sécurité civile.

Une équipe MAP (module analyse et planification) permet des interventions pour réduire les risques de façon proactive et un meilleur arrimage des actions en situation d'urgence.

Le plan des mesures d'urgence est développé pour plusieurs situations à risque. Le gabarit est par la suite personnalisé aux activités et aux réalités opérationnelles des installations tout en respectant la structure harmonisée. Ce travail n'est pas terminé pour toutes les installations, mais les plans en vigueur auparavant sont toujours disponibles. Une stratégie de communication est intégrée au plan des mesures d'urgence. Plusieurs outils et aide-mémoire sont diffusés.

Le centre opérationnel de sécurité consiste en une centrale d'appel d'urgence pour l'ensemble des sites de l'établissement. Près de 8000 appels sont reçus par mois. Une salle de simulateur est aussi disponible, elle est utilisée pour faire de la formation. Un projet permettra de relocaliser cette centrale et celle actuellement en service deviendra le site de relève.

Un incendie au CHSLD Armand-Lavergne qui a nécessité l'évacuation d'un étage de 38 résidents et la relocalisation de ceux-ci dans un autre site a permis de valider l'efficacité des mesures planifiées. Plusieurs intervenants rencontrés témoignent avoir reçu de la formation et ont participé à des exercices d'évacuation.

Chaque nouvel employé reçoit la formation à l'embauche concernant les mesures d'urgence. Toutefois, cette formation n'est pas incluse dans le plan de développement des ressources humaines. Afin de s'assurer que l'ensemble des intervenants est prêt lors de situation d'urgence, l'établissement est encouragé à déployer des stratégies de formation innovantes pour rejoindre tous les intervenants. Selon

les responsables, il y aurait près de 350 exercices effectués par année, dont 2 fois par année en CHSLD ce qui constitue une bonne pratique.

Une autre situation, soit celle de la marche pour l'environnement, a nécessité de mettre en place des mesures particulières pour acheminer les prélèvements des différents sites vers le laboratoire alors que le transporteur habituel refusait d'effectuer le service. Plusieurs autres événements vécus de situation d'urgence sont documentés et des pistes d'amélioration sont ressorties.

La patrouille à vélo permet aux agents de se déplacer plus rapidement lors de fort achalandage routier tout en prônant les saines habitudes de vie. C'est aussi une façon de rejoindre les clientèles plus vulnérables comme la clientèle itinérante lors de chaleur accablante.

Le plan de continuités des opérations est en développement selon le guide pratique d'élaboration d'un plan de continuité en établissement produit par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Des plans de contingences existent pour certaines situations critiques comme des pannes d'électricité.

Un centre de coordination des mesures d'urgence régionales est déployé. Plusieurs événements sont survenus ces dernières années, dont les inondations en 2017 et 2019, l'accueil des réfugiés syriens, les demandeurs d'asile et la chaleur accablante. Une simulation d'un code orange en 2018 a permis de produire une capsule vidéo qui est utilisée à des fins d'enseignement.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections est sollicitée au besoin en cas d'éclosion et les documents de références sont en place.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

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

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

Une approche de soins et de services centrée sur la personne est présente. L'établissement sait instaurer des pratiques qui favorisent le partenariat avec l'utilisateur. À titre d'exemple, la bonification du processus de sélection inclut des usagers membres de comités d'usagers ou de résidents, notamment celle des préposés aux bénéficiaires, de certains gestionnaires ou d'autres professionnels. D'une autre façon, des initiatives sont menées au sein de divers comités de l'établissement, notamment le comité de coordination de mises sous garde avec la présence d'un usager-ressource et d'un organisme de défense des intérêts des patients en santé mentale. La mobilisation des médecins est constatée vers ces approches collaboratives. À cet égard, le projet ÉRAS prévoit la présence d'un usager partenaire à toutes les étapes de la trajectoire de soins chirurgicaux. Pour leur part, les Unités de formation clinique interprofessionnelles impliquent des patients partenaires et leurs proches dans la révision des plans d'interventions. Le projet de recherche action, La communauté soignante, innove par la co-construction avec un médecin de famille et une usagère partenaire. Ce projet est digne de mention.

Enfin, le conseil d'administration compte un usager parmi ses membres et il entend régulièrement des usagers et des familles. Le mouvement de compassion De tout CŒUR avec vous témoigne de l'approche qui privilégie les interactions qui cultivent la confiance, favorisent des relations de réciprocité, améliorent la communication et redonnent du pouvoir aux usagers et à leurs proches.

L'établissement est invité à maintenir la voix de l'utilisateur parmi ses préoccupations et à en faire une pièce maîtresse de son modèle qualité-performance, reflétant sa culture organisationnelle qui valorise le savoir, le savoir-être et le savoir expérientiel.

## 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
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
7.4 La stérilisation rapide se limite strictement aux urgences et n'est jamais utilisée pour des ensembles complets ou des instruments implantables, et ce, en conformité avec la politique de l'organisme et les règlements provinciaux ou territoriaux.	!
15.7 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	

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

L'établissement et l'équipe sont félicités pour la création d'un service de GBM (génie biomédical) dynamique, méticuleusement planifié et très rigoureusement structuré. Il y a actuellement 7 projets majeurs en cours et 6 en développement.

Les équipes, unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (URDM) (2) et GBM utilisent avec succès les stations visuelles comme outil de communication et de gestion de l'amélioration de la qualité. Le système est également apprécié des employés qui peuvent ainsi avoir des communications plus significatives avec les cadres.

L'utilisation d'un processus spécifique et d'un vérificateur pour s'assurer de la présence du témoin dans les paquets de matériels stérilisés est à souligner.

Il faut également noter la promotion de formations complémentaires auprès du personnel, à titre d'exemple les formations suivantes : communications, assertivité, civilité, gestion des conflits. Il y a aussi les formations usuelles associées au type d'emploi.

L'équipe est très fière de l'amélioration de la traçabilité, de la fluidité des processus et de sa résilience

pour traverser une période de changements majeurs avec des ressources restreintes.

L'équipe et l'établissement sont encouragés à améliorer la qualité et la fiabilité de leur base de données ainsi que la standardisation de la nomenclature. L'harmonisation entre les sites et l'interconnectivité entre les logiciels est une solution possible.

Les équipes sont aussi encouragées à faire approuver leurs politiques, procédures et procédures opératoires normalisées (PON) pour normaliser leur situation. Elles sont harmonisées et déjà utilisées.

On souhaite beaucoup de succès à l'équipe de GBM dans ses efforts d'amélioration des espaces : éclairage, locaux de remontage non conformes, corridor non sécuritaire.

L'équipe de Verdun est invitée à revoir sa pratique dans l'utilisation de la stérilisation rapide en se rappelant que l'on ne doit pas le faire pour des ensembles complets.

L'équipe est également invitée à revoir l'utilisation de la solution CIDEX dans le retraitement d'endoscopes. C'est une technique qui présente des risques pour le personnel et qu'on utilise de moins en moins.

Enfin on souhaite tout le succès possible aux équipes dans leurs activités de recrutement et de rétention du personnel.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

### Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

### Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Santé publique

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>

La façon dont l'équipe a effectué son auto-évaluation et documenté ses résultats est tout à fait exemplaire avec l'utilisation du <Smartsheet> : félicitations. Il s'agit d'une équipe sensible à la qualité, dévouée et qui

déploie tous les efforts possibles pour faire la meilleure utilisation possible des ressources qui lui sont confiées.

Il faut signaler plusieurs décisions et actions qui ont contribué à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la gestion des médicaments, à titre d'exemples : la feuille de prescription d'antibioprophylaxie standardisée et obligatoire, l'harmonisation presque complète des politiques, procédures et protocoles, la conduite d'audits sur la qualité des ordonnances, etc.

Il faut également noter la réalisation de quelques RUM (revue d'utilisation des médicaments), antimicrobiens, et Précédex, de même que deux revues des actes par année.

Il faut aussi féliciter l'équipe de Verdun pour ses efforts et l'imagination utilisée pour s'assurer qu'il n'y a pas de confusion lorsque des produits se ressemblent trop par l'aspect ou le nom ou que des concentrations différentes du même produit existent.

L'équipe mérite des félicitations pour l'implantation très réussie du BCM dans les CHSLD.

L'équipe est très fière de ses succès dans un contexte de réorganisation majeure et de restriction importante des ressources.

Ce dernier point représente le principal défi que les membres de l'équipe devront relever pour corriger la plupart des lacunes et obstacles à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients qu'ils ont identifiés, en voici quelques-uns : harmoniser le logiciel de gestion des médicaments, ils en ont actuellement deux, dont un avec cinq versions différentes; obtenir le logiciel pour la gestion des antimicrobiens; avoir accès partout aux résultats de laboratoire dans le logiciel de gestion des médicaments, etc.

L'établissement est invité à revoir le niveau de priorité qu'il accordera aux demandes de personnel du service pour la gestion des antimicrobiens, l'augmentation de la demande en pharmacie clinique, l'implantation du BCM, etc.

L'équipe est également encouragée à poursuivre ses efforts pour la standardisation des ordonnances, la substitution automatique des pompes aérosols et des gouttes ophtalmiques et aussi à se doter d'une politique sur le détournement des médicaments, en particulier les narcotiques.

L'équipe est aussi encouragée à étudier le ratio coûts\benefices d'une plus grande utilisation des cabinets automatisés décentralisés (CAD) pour un meilleur contrôle des sorties de médicaments et diminuer le coût de main d'œuvre, en soins infirmiers surtout, pour opérer le système manuel actuel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
2.8 Les services de gestion de l'environnement et l'équipe de prévention et de contrôle des infections participent au maintien des processus entourant les services de buanderie et la gestion des déchets.	!
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.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) est une équipe compétente et dévouée qui a à cœur le suivi et la prévention des infections à l'échelle de l'établissement.

Nous félicitons l'équipe pour l'intérêt et l'ouverture manifestés tout au cours de la visite à procéder et identifier des pistes d'améliorations pour faciliter leur travail, leur présence et les suivis au sein des équipes cliniques.

Un programme intégré de prévention des infections est en voie d'être finalisé et sera soumis aux différentes instances à brève échéance. Dans l'intervalle, des programmes locaux en prévention des infections sont en vigueur et respectés.

En raison de la rotation des chefs cliniques de ce secteur au cours des dernières années, il semble difficile de maintenir des activités de prévention et de contrôle des infections, et ce, en amélioration continue et intégrée.

Un comité de prévention des infections multidisciplinaire stratégique est en place. Toutefois, compte tenu

de la rotation des membres de l'équipe-cadre, les suivis sont ralentis et l'équipe ne peut développer autant qu'elle le souhaiterait. Nous encourageons les équipes à réfléchir à la composition des membres du comité stratégique dans la mesure où la représentativité des équipes de conseillères terrain (hébergement, communautaire et hospitalier) est suffisante, et ce, bien que les discussions soient de niveau plus stratégique.

L'équipe compte sur la présence de deux médecins qualifiés en prévention et en contrôle des infections ainsi que l'accès à un laboratoire de microbiologie pour aider à obtenir l'information qui découle de la surveillance.

L'équipe mise sur l'outil BMR (bactérie multirésistante) pour identifier les usagers porteurs d'une infection, et ce, dès l'entrée de l'utilisateur. Les infirmières des divers secteurs sont familières avec cet outil qui permet un dépistage rapide. Le suivi de cet outil est assuré par la suite par les conseillères en PCI.

Les pratiques organisationnelles obligatoires sont rencontrées au niveau de la PCI. Nous invitons l'équipe à clarifier le processus de communication aux divers échelons de l'établissement en ce qui a trait aux résultats des audits, en particulier le lavage des mains.

À cet égard, nous soulignons la mise en place d'un comité audit CIUSSS qui a récemment été mis en opération. Nous encourageons cette initiative qui permettra une plus grande communication des résultats des audits réalisés à l'échelle de l'organisation auprès des équipes.

Également, nous encourageons l'équipe à entreprendre des activités de contrôle systématique au niveau des services alimentaires, de la buanderie, de la gestion des déchets et matériaux biomédicaux, de même que des projets de rénovation ou de construction en cours dans l'établissement.

Nous invitons l'établissement à se pencher sur la couverture de la PCI en santé mentale et en centres jeunesse et à réfléchir au modèle de l'autogestion des pratiques d'hygiène des mains dans ces milieux.

L'ensemble des initiatives et des projets de la PCI pourrait se retrouver dans un plan d'amélioration continue de la qualité avec suivi d'indicateurs et de résultats.

Enfin, nous invitons l'établissement à revoir le positionnement stratégique de la PCI au sein de l'organisation. Processus transversal prioritaire, l'établissement peut utiliser l'arrivée imminente d'un

nouveau cadre de même que l'addition d'infectiologie reconnu pour initier des changements. La bonne volonté démontrée tant dans les équipes rencontrées sur le terrain que chez des conseillères en PCI et des dirigeants devrait insuffler un élan favorable dans l'organisation pour rehausser les pratiques de prévention des infections vers l'excellence.

---

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.3 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
---	--

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

<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
---	--

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

<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
---	--

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
--	--

L'organisation du travail et la répartition des cas sont basées sur les compétences des membres de l'équipe. Lors de l'animation des stations visuelles, les chefs de service revoient avec les membres de leur équipe la charge de travail et la capacité de chacun pour la répartition de nouveaux dossiers.

Les chefs de service et les employés rencontrés apprécient ce nouveau mode de gestion qui permet à chacun de bien comprendre la nature de l'ensemble des responsabilités d'un service et d'être au fait des différents dossiers sur lesquels travaillent leurs collègues. Cette nouvelle dynamique favorise le partage des connaissances et la solidarité dans les équipes de travail. Comme impact positif, les intervenants rencontrés soulignent également leur appréciation de la réduction du temps passé en réunion de service.

Depuis 2015, un modèle de cogestion médico-administrative est en place au niveau de la Direction et des services de la Santé publique régionale.

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
--	--

L'équipe de santé publique régionale est composée de professionnels multidisciplinaires ayant des compétences spécifiques pour répondre aux responsabilités qui leur sont confiées. Leur expertise et leur contribution au développement des connaissances en santé publique font d'eux des personnes de référence reconnues à grande échelle. Leur crédibilité bien établie leur permet d'avoir une influence sur

la législation et les différents programmes nationaux de santé publique.

Des communautés de pratique sont en place pour assurer le développement professionnel des membres de l'équipe régionale et des équipes territoriales de santé publique et elles se réunissent à intervalles réguliers. De plus, des forums de santé publique sont tenus annuellement et permettent aux professionnels d'être exposés au développement des connaissances sur divers sujets de santé publique.

Compte tenu de la grande diversité ethnique et culturelle de la population sur l'île de Montréal, il sera important de maintenir constamment une vigie sur les connaissances et les compétences des professionnels en ce qui a trait aux besoins spécifiques des diverses communautés.

À la suite de la fusion du CIUSSS en 2015 et à la réduction des effectifs, les profils de postes ont été revus pour assurer la standardisation des fonctions similaires ainsi que pour s'assurer d'avoir les compétences requises dans l'équipe pour répondre au mandat régional en santé publique.

L'évaluation de la charge de travail et de la capacité de chaque membre de l'équipe est réalisée lors de l'animation des stations visuelles. Les bons coups des membres de l'équipe sont spécifiquement soulignés lors de l'animation des salles de pilotage tactiques et des stations visuelles.

L'évaluation de la contribution à l'emploi est appliquée de façon inégale dans les équipes. Toutefois, les employés récemment embauchés ont généralement eu une rencontre d'évaluation au cours de leur première année de travail. L'évaluation du rendement des employés étant un moment privilégié de reconnaissance de leur contribution aux objectifs du service, il y aurait lieu de systématiser la démarche d'évaluation auprès de l'ensemble des membres des équipes.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe régionale de santé publique a mis en place des salles de pilotage tactiques pour les gestionnaires ainsi que des stations visuelles avec les employés des services pour faire le suivi des projets et des résultats. Une équipe d'amélioration continue est en place et des ressources y sont affectées. L'amélioration continue est bien implantée, intégrée et vivante.

À Montréal, un des enjeux auquel fait face la Direction régionale dans l'atteinte des cibles de santé publique est l'essentielle et précieuse contribution des équipes des cinq territoires de santé publique. Une Table régionale de santé publique est en place et on retrouve également un mécanisme de planification et de coordination dans les équipes territoriales.

Pour assurer l'atteinte des résultats des cibles en santé publique, la Direction régionale est encouragée à mettre en place un mécanisme de communication systématisé avec les équipes territoriales afin d'assurer le partage des résultats, l'identification des obstacles vécus par les équipes territoriales ainsi que la recherche de pistes d'amélioration en équipe. La participation des équipes territoriales à l'animation de la salle de pilotage tactique de la Direction en ce qui a trait aux projets et activités en commun est une avenue à explorer.

De plus, pour consolider leur démarche d'amélioration continue, il serait important d'intégrer dans l'équipe d'amélioration continue un ou des représentants de la population comme bénéficiaires de programmes de santé publique. À ce titre, l'équipe régionale a d'ailleurs initié deux projets de « population partenaire », soit le comité stratégique sur la participation des aînés et le groupe de travail sur l'engagement de la population montréalaise en santé publique.

### Processus prioritaire : Santé publique

L'équipe a élaboré un plan d'action régional de santé publique 2016-2021 pour l'ensemble de la région de Montréal. Ce plan découle du plan national diffusé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et cible les priorités. Il tient compte du portrait sociosanitaire de la population à desservir ainsi que des enjeux liés à la complexité du contexte urbain.

Le plan d'action régional précise les interventions à mettre en œuvre pour prévenir les problèmes de santé évitables en agissant sur 30 déterminants de la santé. Il est le fruit de nombreuses consultations auprès des membres de l'équipe de santé publique, des équipes des cinq CIUSSS de Montréal ayant des responsabilités territoriales en santé publique ainsi qu'auprès de nombreux partenaires institutionnels, communautaires et intersectoriels de l'île de Montréal.

Les activités de surveillance sont assurées avec beaucoup de rigueur et répondent à de multiples besoins pour orienter les priorités des programmes à mettre en place. Les données sont issues de nombreuses sources d'informations validées. Les programmes, approches et activités développés tiennent compte des données probantes issues de la littérature.

La promotion de la santé et la prévention de maladies sont au cœur du programme régional de santé publique. De nombreux programmes et activités sont en place pour notamment, favoriser le développement des tout petits, prévenir la carie dentaire, les maladies chroniques, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, le suicide, les blessures non intentionnelles, etc.

Les programmes et les processus requis pour assurer la protection de la santé de la population sont

présents. Le système de déclaration des maladies obligatoires est en place et le programme de vaccination est bien implanté. Un vaste chantier concernant la distribution et la conservation des vaccins a d'ailleurs été mené dans 600 points de vaccination sur le territoire. La riche expérience acquise par cette démarche a amené la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) – OSB Gestion des vaccins à demander à l'équipe de santé publique montréalaise de partager leur expérience et d'élaborer un projet d'offre de service d'assurance qualité en gestion des vaccins qui serait utilisée dans toutes les régions.

L'équipe de santé au travail regroupée régionalement applique avec beaucoup de rigueur les processus liés à la protection de la santé des travailleurs. Les interventions sont faites en temps opportun afin de minimiser les impacts néfastes des situations ayant ou pouvant compromettre la santé des travailleurs. Les liens avec les autres partenaires institutionnels publics et privés sont établis lorsque requis.

L'équipe régionale et les équipes territoriales de la Santé publique soutiennent le développement social de leur communauté. De nombreuses tables de concertation avec les partenaires institutionnels, communautaires et intersectoriels sont en place pour différentes clientèles. De cette concertation émanent des projets extrêmement riches qui favorisent l'appropriation de leur santé par les citoyens concernés et l'intégration des personnes en situation de précarité et de grande vulnérabilité.

L'équipe régionale et les équipes territoriales sont encouragées à mettre en commun leurs initiatives en santé publique afin d'étendre ces projets porteurs pour le bénéfice de l'ensemble de la clientèle montréalaise.

## 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 : 24 mai 2018 au 31 octobre 2018**
- **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.	0	0	100	91
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	81	6	13	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	6	0	94	84

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	6	94	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	6	0	94	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	96
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	63	13	25	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	7	93	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	7	93	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	7	93	94
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	19	6	75	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	68

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	82
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	8	0	92	58
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	81	0	19	46
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	6	13	81	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	9	9	82	93
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	7	0	93	81
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	25	13	63	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	75	8	17	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	7	14	79	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	91

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	13	0	87	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	8	8	85	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	11	22	67	84

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

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	6	13	81	77
34. La qualité des soins	6	13	81	78

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

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
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.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
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.
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.
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.

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.

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do

Processus prioritaire	Description
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.