



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Gatineau, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 juin 2019

Date de production du rapport : 20 septembre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (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 juin 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

Sommaire	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
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	12
Résultats détaillés de la visite	14
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	15
Processus prioritaire : Gouvernance	15
Processus prioritaire : Planification et conception des services	16
Processus prioritaire : Gestion des ressources	17
Processus prioritaire : Capital humain	18
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	20
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	23
Processus prioritaire : Communication	24
Processus prioritaire : Environnement physique	26
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	27
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	29
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	31
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	34
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	41
Résultats des outils d'évaluation	45
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	45
Annexe A - Programme Qmentum	49
Annexe B - Processus prioritaires	50

Sommaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (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 les normes d'excellence pancanadiennes, 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 : 16 au 21 juin 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. CHSLD Lionel-Émond
2. CISSS de l'Outaouais, siège social
3. Hôpital de Gatineau
4. Hôpital de Hull
5. Hôpital de Maniwaki
6. Hôpital de Papineau
7. Hôpital de Wakefield
8. Hôpital du Pontiac
9. Point de service rue Lois

- **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)
2. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

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.)	50	6	1	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	174	28	14	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	58	7	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	23	6	3	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.)	241	32	11	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	29	1	2	32
Total	593	80	35	708

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	47 (100,0%)	0 (0,0%)	3	30 (100,0%)	0 (0,0%)	6	77 (100,0%)	0 (0,0%)	9
Leadership	39 (84,8%)	7 (15,2%)	4	86 (94,5%)	5 (5,5%)	5	125 (91,2%)	12 (8,8%)	9
Prévention et contrôle des infections	34 (85,0%)	6 (15,0%)	0	26 (89,7%)	3 (10,3%)	2	60 (87,0%)	9 (13,0%)	2
Gestion des médicaments	70 (95,9%)	3 (4,1%)	5	52 (85,2%)	9 (14,8%)	3	122 (91,0%)	12 (9,0%)	8
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	71 (80,7%)	17 (19,3%)	0	34 (85,0%)	6 (15,0%)	0	105 (82,0%)	23 (18,0%)	0
Santé publique	35 (81,4%)	8 (18,6%)	4	56 (83,6%)	11 (16,4%)	2	91 (82,7%)	19 (17,3%)	6
Total	296 (87,8%)	41 (12,2%)	16	284 (89,3%)	34 (10,7%)	18	580 (88,5%)	75 (11,5%)	34

* 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)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	1 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	1 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)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 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)	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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	1 sur 1	1 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 de santé et de services sociaux de l'Outaouais offre à la population de son territoire (406 604 personnes) un ensemble de services sociaux et de santé. Certains volets de sa programmation ont une vocation suprarégionale. L'établissement regroupe 82 installations et opère entre autres 593 lits d'hospitalisation. Le CISSS de l'Outaouais compte plus de 9700 employés, 660 médecins, dentistes et pharmaciens, de même que 790 bénévoles. Il accueille plus de 2028 stagiaires par année. L'établissement est affilié avec l'Université du Québec en Outaouais et l'Université McGill. L'enseignement universitaire est développé et plusieurs activités de recherche sont réalisées dans une optique d'amélioration des pratiques. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 930 millions de dollars.

La visite d'agrément du 16 au 21 juin 2019 concerne la séquence 1 d'un cycle d'agrément de 5 ans, comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les activités évaluées lors de la présente visite concernent les pratiques de gouvernance et de leadership (gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, gestion des ressources, capital humain, prestation de soins et prise de décision basée sur des principes éthiques, soins centrés sur la personne, environnement physique, communication, préparation en vue de situations d'urgence). S'ajoute à cette démarche l'évaluation du programme-services santé publique. Finalement, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections de même que le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables ont été évalués de manière transversale.

Au niveau organisationnel

L'établissement a mis en place une solide structure de gestion de la qualité mettant à contribution des répondants qualité par direction, des leaders de normes et des porteurs de POR. Plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Une vision de gestion intégrée de risques organisationnels a été élaborée et on encourage l'organisme à activer sa mise en œuvre. Des procédures sont mises en place pour assurer le suivi des événements indésirables relatifs aux usagers et aux tiers. Les habitudes de déclaration des incidents et les mécanismes de divulgation structurés sont toutefois à parfaire.

L'établissement témoigne d'une volonté d'intensifier l'implication d'usagers-partenaires au plan clinique, dans l'organisation des services et dans divers projets organisationnels. Des mécanismes ont été mis en place pour soutenir l'implantation de cette approche de soins centrés sur les personnes, notamment par la présence d'une responsable de la relation avec les usagers et les proches à la DQEPE. Le processus de recrutement est bien structuré et 20 usagers-partenaires sont présentement actifs. Plusieurs outils ont été développés pour aider à l'introduction d'usagers-partenaires et les accompagner dans leur fonction (ex : dépliant Devenir usager partenaire, outils de sélection, guide de l'usager partenaire, présentation pour formation des usagers partenaires).

La gestion des médicaments est une priorité pour l'organisation. L'harmonisation de plusieurs politiques et procédures visant l'amélioration de la sécurité de la gestion des médicaments est en voie de réalisation. Des actions structurantes, coordonnées et mesurées sont essentielles pour s'assurer de l'intégration des meilleures pratiques et de la création des partenariats entre les acteurs concernés (pharmacie, soins infirmiers, soutien logistique et patient partenaire) par la gestion des médicaments.

Le service de prévention des infections s'investit auprès des différents programmes. Le nouveau programme en prévention et contrôle des infections (PCI), dont la mise en œuvre débute, est une grande fierté. L'équipe de PCI est complète et désire amener les équipes cliniques à plus d'autonomie dans leurs champs de compétence. Un programme de formation devrait débiter bientôt afin de rehausser les connaissances dans les divers aspects de la prévention des infections. On recommande de mettre une emphase sur la formation de l'hygiène des mains pour les bénévoles et les patients et de procéder plus rigoureusement à l'évaluation des pratiques et à la communication des résultats des audits aux équipes de terrain. On note un désir commun de travailler davantage de manière préventive, plutôt que dans un mode de contrôle des infections.

Les équipes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) dans l'ensemble du territoire sont des gens motivés et engagés dans la mise en place d'un service de retraitement de haute qualité. Plusieurs défis doivent être surmontés, dont l'optimisation des lieux physiques de certains sites d'URDM et de retraitement en endoscopie, la mise en place de la localisation des équipements en région, l'harmonisation et la revue des politiques et des procédures. Pour conclure, l'équipe de plusieurs jeunes chefs de service bénéficierait d'un programme de mentorat accompagné pour favoriser leur intégration et leur rétention dans leur poste de cadre.

Au sein du programme-services Santé publique

Le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020 du CISSS de l'Outaouais propose d'agir sur les déterminants de la santé au moyen de diverses actions en collaboration avec de nombreux partenaires. Les objectifs de la Direction de santé publique sont en cohérence avec les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. On encourage l'organisme à réfléchir à la stratégie de mise en œuvre du PAR. Le site web du CISSS présente le portrait de santé interactif pour la population et les partenaires. Le portrait de santé de la population de l'Outaouais a été réalisé en 2011. Il est souhaitable que l'organisme évalue l'état de santé de la population tous les cinq ans.

De nombreux partenaires intersectoriels ont été consultés dans le cadre de la démarche d'élaboration du PAR. Parmi les partenaires de la Direction de santé publique, la présidente de la Commission Gatineau ville en santé a été rencontrée. À titre d'exemple, la commission a consulté la Direction de santé publique au cours des derniers mois dans le dossier de la réglementation municipale concernant l'usage du cannabis dans les lieux publics. Un entretien téléphonique avec la coordonnatrice du service des ressources éducatives à la Commission scolaire Cœur-des-Vallées a démontré que la collaboration avec la Direction de santé publique est exemplaire. Le soutien et l'expertise de la Direction de santé publique dans l'élaboration d'une politique en lien avec les conditions climatiques furent grandement appréciés.

En regard du portrait de la population, le CISSS de l'Outaouais présente plusieurs taux plus élevés que la moyenne provinciale (exemples : le taux de tabagisme, les adultes déclarant un surplus de poids, le taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang – ITSS). L'offre de services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) des ITSS et l'offre de service de cessation tabagique sont insuffisantes par rapport à la population visée. L'organisme doit également revoir l'offre de service en protection afin de s'assurer que les enquêtes réalisées se fassent selon les délais, les standards et les guides québécois.

En conclusion

L'équipe des visiteurs d'Agrément Canada a constaté dans l'ensemble les domaines évalués (gouvernance, leadership et santé publique) que l'organisation s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà de pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

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 : Communication	
<p>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 14.6
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Programme de gérance des antimicrobiens Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.3
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.5
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections 8.6

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 CISSS présente une gouvernance efficace et engagée. Un règlement sur la régie interne des administrateurs du conseil d'administration a été adopté, il précise entre autres les rôles et les responsabilités. Diverses activités contribuent au développement des compétences des membres du conseil d'administration. Des activités d'orientation sont également offertes aux nouveaux membres et un système de jumelage avec des administrateurs d'expérience contribue à une bonne intégration à la fonction.

Les membres du conseil d'administration ont accès de manière régulière à l'information nécessaire pour appuyer leurs décisions. Les comités de vérification, de gouvernance et d'éthique, des ressources humaines, de vigilance et de la qualité remplissent bien leur mandat et informent régulièrement l'ensemble des membres du CA de leurs activités.

Des mécanismes et des indicateurs de suivi permettent au conseil d'administration de veiller sur l'atteinte des résultats et l'alignement des opérations avec les priorités stratégiques du CISSS, l'entente de gestion et d'imputabilité, ainsi qu'avec les quatre priorités du CISSS pour l'année en cours.

À l'automne 2018, les membres du conseil d'administration ont procédé à l'évaluation de la gouvernance (outil d'Agrément Canada) et ont identifié des pistes d'amélioration. On encourage les membres à poursuivre la réalisation de ces engagements conformément au plan.

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.	!
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)	

Bien que des initiatives témoignent d'une volonté d'implication accrue de patients partenaires dans la prise de décision, l'approche de soins centrés sur les personnes ne constitue pas un principe directeur formel. Dans le but de consolider l'application de cette approche, il serait souhaitable que l'organisme sollicite l'apport des usagers dans les principaux processus décisionnels.

Depuis l'adoption du projet de loi 10, l'établissement est tenu d'adopter le plan stratégique du MSSS (il en est de même pour la mission). Le CISSS s'assure que ses priorités organisationnelles soient bien alignées avec le plan stratégique, l'entente de gestion et d'imputabilité et les quatre priorités 2019-2020 du CISSS. Des mécanismes pour veiller sur la réalisation de ces actions qui en découlent interpellent l'équipe de gestion et le conseil d'administration (plans d'action des directions, tableau de bord de suivi de l'entente de gestion, mise en place et animation de salles de pilotage stratégique, tactiques et opérationnelles [stations visuelles]). On encourage l'organisation à compléter le déploiement et l'animation des stations visuelles.

L'organisme sait s'adapter au fur et à mesure que les besoins de la communauté changent, notamment avec le soutien de la direction de la santé publique pour ce qui est de documenter les besoins évolutifs de la population. On encourage l'Établissement à compléter l'exercice de révision globale de l'offre de services de proximité [vision 2036].

De nombreux partenariats sont établis avec des partenaires communautaires dans le but de fournir et de coordonner les services à la population de façon efficace et efficiente. La direction de l'organisme reconnaît l'importance de renforcer les liens avec les partenaires de niveau stratégique et on l'encourage à intensifier ses actions en ce sens.

Il n'y a pas d'évidence à l'effet que l'organisme a analysé l'ensemble des risques organisationnels présentant une menace en tenant compte du niveau de criticité. On l'encourage à analyser ces risques potentiels et à mettre en œuvre des actions proactives pour atténuer ces risques.

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 s'est engagé dans un plan de retour à l'équilibre budgétaire pour viser l'équilibre financier au 31 mars 2019. Les mesures d'actualisation interpellent l'ensemble des directions. L'attribution des ressources financières pour les opérations et les immobilisations est soumise à un cycle rigoureux de planification et de suivi. L'allocation des ressources et la priorisation des projets tiennent compte des orientations stratégiques et des priorités cliniques.

Le conseil d'administration (et le comité de vérification), l'équipe de direction et l'ensemble du personnel d'encadrement sont mis à contribution dans l'élaboration, l'approbation et le suivi budgétaire. La direction des services techniques travaille en étroite collaboration avec les différentes directions pour les projets de rénovation fonctionnelle et de maintien des actifs immobiliers.

Les diverses directions bénéficient du soutien d'un agent de gestion financière pour les suivis budgétaires périodiques et l'analyse des écarts. La direction des ressources financières a élaboré des contenus de formation visant l'ensemble du personnel d'encadrement (initiation à la gestion financière, suivi budgétaire, performance financière). On encourage l'établissement à systématiser la formation offerte à cet égard lors de l'intégration des nouveaux cadres afin de renforcer la notion d'imputabilité partagée, autant au plan clinique qu'administratif.

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 structure et les rôles de la direction des ressources humaines ont été significativement transformés dans la dernière année, selon une approche novatrice et pour mieux répondre à leurs fonctions stratégiques au sein du CISSS.

Déoulant d'une politique organisationnelle adoptée en 2018, la démarche de gestion intégrée de la santé organisationnelle (GISO) témoigne d'une volonté d'agir de manière intégrée sur les différents facteurs qui contribuent à la santé des individus et de l'organisation. On y aborde les aspects de prévention, de la qualité de vie au travail, de présence au travail, de mobilisation et de reconnaissance. De cette démarche découlent un ensemble d'initiatives sur lesquelles la direction exerce un suivi rigoureux en regard de l'atteinte des résultats attendus.

Un code de conduite pour toutes les personnes œuvrant au CSSS de l'Outaouais a été rédigé et diffusé. Une politique d'établissement a été adoptée afin de favoriser un milieu de travail sain et respectueux, empreint de civilité et exempt de harcèlement et de violence sous toutes ses formes. Des procédures permettent aux membres du personnel de signaler en toute confidentialité les situations liées à la violence au travail et d'être accompagnés dans leur démarche.

En regard de la gestion de la santé et de la sécurité au travail, la structure de gouverne est en cours de transformation en raison de la réactivation du comité paritaire en santé et sécurité au travail et des sous-comités qui s'y rattachent. On encourage l'organisme à actualiser rapidement ces nouvelles instances collaboratives. Il serait également souhaitable d'actualiser et d'harmoniser les politiques et procédures en matière de santé et sécurité au travail pour l'ensemble du CISSS.

L'enjeu de disponibilité de main-d'œuvre présente un défi majeur pour l'organisation qui est confrontée à des manques dans différents titres d'emploi, avec pour conséquence de recourir au temps supplémentaire et au personnel provenant d'agences. Un plan prévisionnel de main-d'œuvre est réalisé. On encourage l'établissement à poursuivre ses efforts pour éliminer la précarité et innover dans ses stratégies de recrutement pour les domaines les plus critiques. On l'invite également à intensifier les pratiques de gestion des talents dans un souci de planification de la relève. L'accompagnement des gestionnaires en début d'emploi mérite également une attention particulière compte tenu de l'ampleur des défis.

Un plan de développement des ressources humaines a été élaboré en collaboration avec les différentes directions. Les activités de formation retenues sont bien alignées avec les priorités et obligations organisationnelles. Plusieurs activités de formation et de perfectionnement en matière de sécurité des

usagers sont offertes au personnel et aux bénévoles. On invite l'organisme à s'assurer de bien prendre en compte cet aspect dans les règles de priorisation des formations.

Un programme d'appréciation de la contribution est défini par l'organisation et a été redéfini récemment en cohérence avec les valeurs organisationnelles et les comportements attendus. Les gestionnaires sont évalués tous les ans de manière systématique. Le personnel devrait être évalué tous les 1, 2 ou 3 ans (selon la taille des équipes), mais l'application du programme est inégale d'un secteur à l'autre. On invite l'organisation à réactiver les bonnes pratiques de gestion à cet égard.

15.7.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	PRINCIPAL
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.	PRINCIPAL
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE

16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.



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

Une structure de gestion de la qualité est mise en place et s'appuie sur des « répondants qualité » par direction, des « leaders de normes » et des « porteurs de POR ». On encourage l'organisme à adapter sa structure qualité dans une logique de trajectoire de soins et de services (conformément aux manuels d'évaluation du programme Qmentum-MSSS). Des initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets d'amélioration de la qualité au sein de l'organisme, notamment par le biais des stations visuelles.

Les représentants des conseils professionnels rencontrés (CMDP, CII, CIIA et CM) témoignent d'une bonne volonté d'engagement et saisissent bien leur mandat. Les règlements de ces différentes instances sont formalisés. Il importe que l'établissement offre des conditions facilitantes afin de favoriser le plein accomplissement de ces instances essentielles pour des pratiques professionnelles de qualité (ex : présence de représentants de la direction aux rencontres des exécutifs, consultations faites dans des délais raisonnables, facilitation des moyens de communication entre les exécutifs et leurs membres actifs et nouvellement recrutés...).

Le processus de gestion des plaintes est structuré et outillé (ex. : dépliants, affiches, formulaires dynamiques en ligne). Les difficultés de la dernière année relativement au délai de traitement des dossiers ont été résolues. La clientèle en CHSLD est systématiquement informée au moment de l'admission sur la façon de soumettre une plainte. La transmission de l'information s'avère plus difficile en milieu hospitalier par manque de dépliants en présentoirs et d'affiches. Il est souhaitable de corriger cette situation et d'aller de l'avant avec le plan de communication déjà prévu et visant l'ensemble des clientèles et des installations.

Une politique sur la gestion intégrée des risques a été élaborée en 2017. Le programme intégré de gestion des risques a été adopté récemment et on débute tout juste sa mise en œuvre. On encourage l'organisme à actualiser ce programme, notamment en regard de l'inventaire des risques organisationnels (évalués selon leur criticité) et de la détermination de mesures d'atténuation.

Un plan de sécurité des usagers est élaboré et réfère directement aux pratiques organisationnelles requises (POR). Un processus et des ressources sont prévus pour atteindre une conformité aux différentes POR.

Une politique de déclaration des événements indésirables est élaborée. Des procédures sont mises en place pour assurer le suivi des événements indésirables relatifs aux usagers et aux tiers. Les habitudes de déclaration des incidents et les mécanismes de rétroactions aux équipes terrain sont cependant à parfaire. Dans un but d'optimisation, on encourage l'organisme à compléter la décentralisation et l'informatisation de la saisie des rapports d'accidents et d'incidents. Des analyses prospectives sont réalisées aux ans. Un rapport trimestriel sur les événements indésirables est présenté au comité de vigilance et de la qualité et déposé au conseil d'administration.

Une politique a été adoptée au sujet de la divulgation d'informations à l'utilisateur et à ses représentants suite à un événement indésirable survenu lors de la prestation de soins et services. Une procédure et des outils ont été développés et révisés récemment en associant un usager partenaire. Il est recommandé de parfaire la pratique de divulgation structurée conformément aux bonnes pratiques.

Un plan prévisionnel de déploiement du BCM a été élaboré, un comité d'implantation a débuté ses activités récemment, la politique est en cours d'élaboration et les activités de formation sont à venir. On encourage l'établissement à accélérer l'implantation du BCM à l'échelle organisationnelle afin de favoriser des pratiques sécuritaires de gestion des médicaments.

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)

Dans une volonté d'engagement en matière d'éthique, le CISSS a élaboré un code d'éthique qui s'adresse à l'ensemble du personnel et aux usagers, de même qu'un cadre de référence en matière d'éthique clinique. Un bureau d'éthique et un comité de coordination en éthique clinique encadrent ces activités. Un cadre réglementaire du comité de coordination d'éthique clinique et des comités d'éthique clinique (satellites) a également été formalisé. Les comités d'éthique clinique satellite ont accompagné près de 10 réflexions éthiques dans la dernière année. Un registre de consultation en éthique clinique permet de documenter l'ensemble des activités. On encourage l'établissement à aller de l'avant avec le projet de formation d'ambassadeurs en éthique et de contribuer ainsi à mieux faire connaître le rôle du comité d'éthique auprès des intervenants du CISSS.

L'établissement initie et collabore à plusieurs activités de recherche (plus de 100 projets actifs, 13 évalués dans la dernière année). Tous les projets de recherche sont soumis à une évaluation de la convenance institutionnelle et à une évaluation éthique. Une démarche en cours vise la reconnaissance d'un centre de recherche en médecine psychosociale (en lien avec le FRQS). Le comité d'éthique de la recherche a évalué 13 projets dans la dernière année et exerce son rôle de manière très rigoureuse, notamment par le biais d'un outil de suivi des projets. On félicite l'établissement pour sa récente démarche d'optimisation du processus d'examen de conformité en lien avec les responsabilités du comité d'éthique de la recherche (qui a permis de réduire les délais de traitement de moitié). On l'encourage à poursuivre ses efforts pour développer la culture organisationnelle de recherche et intensifier les activités de transfert des connaissances dans le milieu.

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration a adopté une politique de communications internes et externes précisant entre autres, les principes directeurs, les publics cibles, les stratégies de communication, de même que les rôles et responsabilités. Le plan directeur des communications 2018-2021 découle des orientations stratégiques et précise les orientations et les objectifs stratégiques. On encourage l'établissement à préciser les actions, les indicateurs et les échéanciers qui s'y rattachent.

Diverses initiatives de communication visent à faire rayonner l'établissement, à renforcer les liens avec les communautés et à contribuer à la démarche de gestion de la santé organisationnelle (ex. : bulletin d'information, site web, présence dans les médias sociaux, relations avec les médias, communiqués de presse, plans de communication spécifiques à certains projets). Plusieurs personnes et groupes rencontrés témoignent de communications déficientes à l'interne entre les différents paliers de l'organisation. On encourage l'établissement à revoir ses mécanismes de communication, en misant tout autant sur des outils de communication électroniques, que sur des contacts réguliers et structurés entre les gestionnaires et leurs équipes dans un contexte de gestion de proximité.

La direction des technologies médicales et de l'information est bien au fait des limites et des contraintes actuelles des systèmes d'information (ce qu'elle appelle : un déficit technologique chronique). Les systèmes de gestion de l'information répondent en partie aux besoins actuels en raison de leur désuétude. On encourage l'établissement à poursuivre ses efforts de rehaussement des systèmes (ex. : remplacement du système source, accès Wi-Fi, ajout de postes informatiques) pour bien répondre aux exigences du projet universitaire (2020) et du projet clinique 2036, et favoriser ultérieurement un développement de l'intelligence d'affaires.

L'établissement veille de près sur le respect de la confidentialité et de la sécurité informationnelle relative aux renseignements sur les usagers. Diverses politiques portent sur la confidentialité, l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels, sur la sécurité de l'information, la gestion et la circulation de l'information clinique, ainsi que sur la circulation des dossiers des usagers. On encourage l'établissement à poursuivre ses démarches visant à parfaire les pratiques de sécurité informationnelle, sur le plan individuel et au niveau de l'organisation.

Bien que l'établissement possède des systèmes pare-feu restrictifs pour gérer l'accès du personnel à différents sites internet, il exerce de la souplesse pour faciliter l'accès à l'information issue de la recherche et essentielle à l'introduction des meilleures pratiques. Au dire de plusieurs personnes rencontrées, le portail de l'établissement où est déposée la documentation organisationnelle se doit d'être amélioré notamment en ce qui concerne l'outil de recherche.

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 différents sites visités, plus particulièrement les CH, sont de façon générale bien entretenus. On dénote un souci particulier pour le maintien d'un environnement sécuritaire pour la clientèle et les employés (p. ex. : la tournée des lieux, le tableau de communication gestionnaires-employés) dans certaines installations, et ce, malgré les défis liés à la vétusté des lieux.

Les processus administratifs structurés mis en place permettent l'application et les suivis rigoureux des différentes réglementations relatives à l'environnement physique (p. ex : qualité de l'air, eau, ventilation, électricité, panneau d'incendie, déchets biomédicaux et cytotoxiques). Une collaboration s'établit d'emblée avec l'équipe de PCI lors des travaux de rénovation majeurs. Il serait pertinent de mettre en place les précautions sécuritaires lors des travaux mineurs (p. ex : passage des fils électriques sur une unité de soins).

Il est également important de s'assurer de l'intégration des meilleures pratiques en hygiène et salubrité notamment en regard des aires d'entreposage, soit éviter : 1) d'entreposer des boîtes de carton dans les utilités propres et 2) de ranger des cabarets déjà utilisés dans les utilités souillées. Également, on invite à porter une attention particulière à : 1) la ventilation des espaces de travail du personnel où la préparation des substances de nettoyage peuvent dégager de fortes odeurs (CH de Pontiac), 2) l'encombrement des corridors dans certaines unités de soins, 3) le stockage des bombonnes d'oxygène dans un corridor (CH de Papineau) et 4) le remplacement des distributeurs défectueux pour le lavage des mains (local de la pharmacie CH de Papineau).

L'intégration des patients-partenaires dans les différents projets déjà en cours dans l'organisation en lien avec l'environnement physique est fortement recommandée.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.4 De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.	
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
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.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	!
Ensemble de normes : Santé publique	
13.6 En collaboration avec les partenaires, un plan de communication pour informer le public à propos des urgences de santé publique est établi et respecté.	!

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

Des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels sont élaborés. On recommande à l'établissement de poursuivre les travaux requis pour la mise en oeuvre des plans dans toutes ses installations.

On encourage l'établissement à offrir la formation à l'ensemble de son personnel.

On encourage l'établissement à revoir les effectifs requis afin de s'assurer de mettre à l'essai régulièrement les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'établissement, et en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.

Un plan de communication en cas d'urgence est élaboré et mis en oeuvre. L'équipe Mesure d'urgence utilise l'application Echo de la compagnie ID Side. Cette application pourrait être déployée à l'ensemble du personnel. Le CISSS de l'Outaouais utilise une plateforme sur le Plan de vol, avec interface à la valise de garde, pour une gestion intégrée de la mobilisation du personnel lors de situations d'urgence. Des

messages prédéfinis existent pour chaque code de couleur afin de communiquer de façon efficace les messages lors des situations d'urgence.

On encourage l'établissement à élaborer un plan de continuité des opérations et s'assurer de la mise en œuvre du plan afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.

On encourage l'établissement à dédier une ressource aux communications, à la direction santé publique pour la diffusion des communiqués à la population lors des urgences de santé publique.

Un traceur en lien avec la tornade qui a eu lieu en septembre 2018 a été effectué. L'équipe des mesures d'urgence a su bien gérer et coordonner cette situation d'urgence avec les partenaires intersectoriels et les directions concernés.

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 : Leadership	
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.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement témoigne d'une volonté d'intensifier l'implication d'usagers-partenaires au plan clinique, dans l'organisation des services et dans divers projets organisationnels. Des mécanismes ont été mis en place pour soutenir l'implantation de cette approche, notamment par la présence d'une responsable de la relation avec les usagers et les proches à la DQEPE. Le processus de recrutement est bien structuré et 20 usagers-partenaires sont présentement actifs. Plusieurs outils ont été développés pour aider à l'introduction d'usagers-partenaires et les accompagner dans leur fonction (ex : dépliant Devenir usager partenaire, outils de sélection, guide de l'usager partenaire, présentation pour formation des usagers partenaires).

Bien que certaines formations aient été offertes à l'interne sur l'approche de partenariat avec des usagers-partenaires, on encourage à poursuivre les initiatives d'information et de formation au sein de l'établissement et auprès de la communauté pour favoriser une meilleure compréhension de ce rôle et mieux le légitimer. Dans une optique de reconnaissance des usagers-partenaires investis au CISSS et pour offrir un espace d'échange sur les expériences vécues, on encourage l'établissement mettre en place une forme de communauté de pratique (par le biais de cafés-rencontres, à titre d'exemple).

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI), les comités des usagers et les comités des résidents sont actifs et démontrent un bon niveau d'implication. Les règles de fonctionnement du comité des usagers du CISSS ont été récemment révisées. Le CUCI bénéficiera incessamment du soutien administratif d'une personne-ressource pour faciliter l'exercice de leur mandat et aidera à l'harmonisation des pratiques. Les personnes rencontrées reconnaissent que la direction de l'établissement est à l'écoute des avis et des commentaires exprimés par les membres de ces comités et y donne suite de manière générale. Il serait

souhaitable de consentir des efforts accrus pour valoriser le rôle de ces comités et multiplier les consultations émanant des directions sur divers sujets d'intérêt.

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	
2.4 Une personne est nommée responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement de l'organisme, ce qui inclut le retraitement effectué à l'extérieur de l'URDM.	!
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.	
3.2 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.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
4.5 Un programme d'entretien préventif est mis en oeuvre pour l'équipement de retraitement.	!
5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.12 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
6.1 La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de l'équipe.	
6.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
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.	!

7.5	Des procédures opératoires normalisées (PON) claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	
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.	
8.5	Les techniques d'hygiène des mains sont appliquées avant et après la réalisation des tâches, ainsi qu'à d'autres moments clés pour prévenir les infections.	!
8.9	Des évaluations du milieu de travail doivent avoir lieu régulièrement dans l'URDM afin de vérifier l'ergonomie de même que la santé et sécurité au travail.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.11	L'entretien préventif préétabli, ce qui englobe les réparations, est effectué et consigné pour chaque unité de retraitement automatique d'endoscopes.	!
14.1	Un système permet de faire un rappel des dispositifs médicaux qui se rattachent à un cycle de stérilisation.	!
14.2	Les PON applicables sont suivies pour le contrôle de l'inventaire des dispositifs stérilisés.	
14.3	Tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou qui sont transportés dans les unités de soins ou dans d'autres organismes peuvent être localisés.	!
14.4	Le personnel se réfère aux PON pour déterminer s'il y a un problème de stérilisation et si un rappel est nécessaire.	!
14.5	Les PON sont appliquées pour procéder au rappel des articles dont la stérilité peut avoir été compromise.	!
15.4	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!

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

Le secteur de retraitement et stérilisation peut compter sur une équipe de gestion dévouée et près des employés. Pour favoriser l'intégration des différents sites, la coordonnatrice du programme de cancérologie chirurgie, coordonne des rencontres avec les chefs de service dans différents milieux mensuellement. On a eu le souci de faire un plan d'amélioration de la qualité commun et tous participent au développement des objectifs. Le plan est discuté et un partage d'idées favorise l'avancement de ceux-ci.

On observe des contrôles de qualité et des cycles de stérilisation selon un horaire établi afin d'assurer des services de retraitement et d'emballage conformes. Des preuves de résultats sont gardées. Les deux centres urbains bénéficient de la localisation d'équipements, on recommande d'élargir cette pratique dans l'ensemble du territoire.

On a pu observer une soif et un besoin d'harmoniser les pratiques pour permettre aux équipes de fournir l'excellence dans les services de retraitement.

La présence d'une coordonnatrice de qualité pourrait faire bénéficier l'URDM au niveau de la formation continue et permettrait également de bien comprendre les principales problématiques entourant les services de retraitement.

Les équipes bénéficieraient de l'optimisation de certains locaux de l'URDM tout particulièrement sur le site de Gatineau et de Shawville. De plus, le secteur de retraitement d'endoscopie à Gatineau n'est actuellement pas conforme aux exigences normatives actuelles. On a pu également observer que la maison de naissance de Gatineau possède deux stérilisateurs non conformes aux normes, dont on recommande le retrait le plus rapidement possible.

Le recrutement de techniciens spécialisés en retraitement et stérilisation demeure un enjeu. Ceci est surtout remarqué dans les centres éloignés du milieu urbain afin d'assurer la relève quand des congés ou absences sont nécessaires.

La pratique organisationnelle sur l'entretien préventif est bien en place pour le processus de génie biomédical, en revanche, tout le volet sur les équipements devra être instauré afin que les équipements soient bien entretenus et ainsi favoriser un environnement propre et sécuritaire pour les usagers et l'ensemble des employés.

On encourage l'équipe à poursuivre son chemin vers l'excellence de leur service, la mise en place des meilleures pratiques et l'achat d'équipements modernes pour remplacer certains qui sont ou seront bientôt sur leurs fins de vie.

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
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.	

2.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, telles que la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).	PRINCIPAL
2.3.5	Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	SECONDAIRE
2.5	Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.	
2.5.1	Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	PRINCIPAL
2.5.2	La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de mettre en oeuvre la politique et d'en superviser l'application.	SECONDAIRE
2.5.3	La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.	PRINCIPAL
2.5.4	La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé ciblé.	PRINCIPAL
2.5.6	Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	SECONDAIRE
2.5.7	La politique est régulièrement mise à jour.	SECONDAIRE
2.5.8	De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	PRINCIPAL
2.7	Le comité interdisciplinaire fournit des ensembles de modèles d'ordonnance standard.	
2.11	Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour l'utilisation des médicaments expérimentaux qui est conforme aux règlements de Santé Canada.	
4.4	L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	

11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
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.	!
14.6	Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.	
14.6.2	La « liste d'éléments à proscrire » est mise en oeuvre et elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	PRINCIPAL
14.6.5	Les membres de l'équipe sont informés de l'existence de la « liste d'éléments à proscrire » à l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.	SECONDAIRE
14.6.7	Le respect de la « liste d'éléments à proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	SECONDAIRE
18.2	Les médicaments sont délivrés dans des emballages à dose unitaire.	!
18.4	Si des distributeurs automatiques sont utilisés, il existe des politiques et des procédures portant sur l'accès, l'emplacement, le type d'information disponible sur les médicaments, la vérification et le renouvellement des médicaments.	
22.2	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
22.3	Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
22.4	Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.	
22.5	Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	
27.1	Les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion des médicaments sont fournies.	

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

La structure de coordination (p. ex. comité central de pharmacologie, comité pharmaco-soins infirmiers) exerce un leadership dynamique, multidisciplinaire et mobilisateur en matière de gestion des médicaments. Il y a plusieurs politiques et procédures en vigueur dans les différents sites. Toutefois, quelques-uns de ces documents datent de 2011, d'autres ne sont pas datés ou ils sont en mode « document de travail ». Il serait pertinent pour l'établissement de se doter des politiques, des procédures et des directives organisationnelles de gestion des médicaments afin d'assurer l'encadrement des pratiques et des modes de fonctionnement sécuritaires (p. ex. : différentes nomenclatures pour ordonnancer les médicaments contrôlés, entreposage varie d'un site à l'autre, utilisation de multidoses CH de Pontiac et CH de Papineau, déploiement des pompes intelligentes non complété, etc.) et ce, incluant l'utilisation des médicaments expérimentaux.

Le logiciel Syphac, en interface avec Vigilance Santé et Med-Urg, permet une gestion sécuritaire des médicaments (p. ex. : gestion de l'information, alertes des effets indésirables, etc.). Ce logiciel est disponible dans l'ensemble des sites. Des accès à distance sont accordés aux pharmaciens selon les spécificités des services offerts à la population (p. ex. : télépharmacie, clients recevant des traitements de chimiothérapie). Une structure de garde de pharmaciens a été revue et adaptée à la complexité de l'organisation, et ce, dans un contexte de pénurie de pharmaciens et d'assistantes en pharmacie.

Tous les sites visités ont des procédés semblables en regard du traitement des ordonnances, entreposage et distribution des médicaments. La gestion des médicaments contrôlés et des médicaments d'alerte élevée mériterait d'être actualisée dans certains sites pour se conformer pleinement aux normes de sécurité. Le programme de gérance des antimicrobiens est bien entamé et les activités reliées à l'optimisation ainsi qu'à l'évaluation sont à venir.

Concernant l'administration des médicaments, on note que la liste d'abréviations, de symboles et de désignations est appliquée et connue dans certains sites et dans d'autres non. L'établissement est encouragé à s'assurer de la déployer de façon uniforme. La réalisation des audits de qualité permettrait l'évaluation des pratiques à l'égard des abréviations dangereuses, des médicaments d'alerte élevée (appellation locale « médicaments à haut risque ») et d'apporter des changements selon les besoins des équipes.

Finalement, les activités d'enseignement cliniques sont centrées sur les besoins du patient et de sa famille.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
2.3 Un médecin qualifié en prévention et en contrôle des infections est disponible pour conseiller l'équipe de prévention et de contrôle 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.	
5.4 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.	!
5.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles doivent participer au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite, selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	!
6.1 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	!
7.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
<p>8.6 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>8.6.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	 SECONDAIRE

9.1 Les zones de l'environnement physique sont classées par catégorie en fonction du risque d'infection pour déterminer la fréquence de nettoyage requise, le degré de désinfection, de même que le nombre de membres de l'équipe requis pour les services de gestion de l'environnement.



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.

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

D'entrée de jeu, l'équipe de prévention des infections est dirigée par un chef de service énergique et motivateur. Une grande fierté au sein de cette équipe d'avoir à leur bord une infirmière clinicienne spécialisée en prévention des infections. L'équipe de prévention des infections est grandement félicitée pour son appui sur tous les sites et son implication dans les projets de construction.

L'équipe est quotidiennement présente dans les secteurs afin d'assurer l'appui nécessaire aux équipes cliniques sauf à l'Hôpital de Wakefield. Un plan de gradation est en place pour appuyer la gestion et la communication lorsque l'équipe est prise avec une infection nosocomiale. Le processus d'analyse des causes souches pour les infections nosocomiales est en place et bien ancré dans la culture du CISSSO.

Une grande fierté ressentie est le nouveau programme en prévention et contrôle des infections qui doit voir le jour au sein des équipes dans un très proche avenir. De plus, les initiatives de recrutement et de différents niveaux de spécialité pour les infirmières nouvellement embauchées au sein de l'équipe, aura permis, qu'aujourd'hui l'équipe de PCI est complète. L'équipe sera donc en mesure de débiter un programme de formation triennal pour l'ensemble des employés afin de rehausser les divers aspects de la prévention et le contrôle des infections.

On désire consolider les équipes cliniques à se rendre autonome dans leur champ de compétences, ce qui permettrait de rehausser l'enseignement fait aux usagers et sa famille. Un système de gestion de surveillance globale pour la gestion des indicateurs en prévention des infections permettrait d'appuyer les équipes dans différents domaines, dont la communication.

On recommande de mettre une emphase sur la formation de l'hygiène des mains pour les bénévoles et les patients. On pourrait bénéficier d'une sensibilisation à multifacettes pour les pratiques sur l'hygiène des mains et de procéder plus rigoureusement à l'évaluation des pratiques et la communication des résultats d'audits aux équipes de terrain.

L'environnement de certains sites nécessite du désencombrement, des réparations de la modernisation pour prévenir des infections et renforcer la sécurité des patients. Le dé-cartonnage devrait être mis en place afin d'éliminer certains risques.

On félicite les équipes d'hygiène et salubrité pour le développement d'un outil qui permet de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun quant au nettoyage des petits équipements. Un système de couleurs permet de spécifier le type de nettoyage pour chaque type d'infections. On suggère l'acquisition d'un système de marquage permettant la validation de nettoyage.

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
5.1 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.1 Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
16.8 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.9 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
16.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Santé publique	
1.1 Une évaluation de l'état de santé de la population est effectuée au moins tous les cinq ans.	!
1.7 Dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé de la population, l'information relative à l'environnement physique naturel ou bâti et à ses répercussions sur la santé est obtenue et analysée.	
1.8 Dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé de la population, l'information relative à l'environnement social et à ses répercussions sur la santé est accessible, et analysée.	
1.9 Différentes méthodes sont utilisées pour communiquer les résultats de l'évaluation de l'état de santé de la population à son personnel d'encadrement, aux organismes partenaires, aux parties prenantes et au grand public.	

2.4	Les données de surveillance sont analysées et interprétées afin d'évaluer leurs répercussions possibles sur la santé de la population.	!
3.1	La communauté prend activement part à la conception de ses services de santé publique.	
3.5	Les ressources nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs en matière de santé publique sont déterminées.	
3.12	Un examen de l'utilisation des ressources est effectué régulièrement pour s'assurer que celles-ci sont utilisées de façon appropriée.	
7.4	Une procédure est suivie pour la publication d'avis de santé publique.	!
7.6	L'efficacité des stratégies de communication est évaluée régulièrement, et des améliorations sont apportées à la lumière de cette évaluation.	
8.2	Les politiques publiques actuelles ayant des répercussions sur la santé de la population sont analysées, et les lacunes repérées.	!
10.1	Des programmes et services de prévention fondés sur les priorités cernées dans l'évaluation de l'état de santé de la population et le plan d'amélioration de la santé de la population sont offerts.	!
14.5	Les systèmes de données, c.-à-d. les logiciels et autre matériel informatique, sont évalués annuellement et les mises à niveau afin d'améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des données relatives à la santé sont planifiées et mises en oeuvre.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

On encourage l'établissement à définir les rôles et les responsabilités des intervenants avec l'apport des usagers et des familles quand cela est approprié dans les services transversaux et dans les services de proximité.

Processus prioritaire : Compétences

On encourage l'établissement à définir les rôles et les responsabilités pour tous les postes de la direction santé publique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

On encourage l'établissement à analyser les indicateurs suivis pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.

Processus prioritaire : Santé publique

Le CISSS de l'Outaouais héberge une direction de santé publique. On encourage l'établissement à doter le poste de directeur santé publique qui relève du directeur national de santé publique du Québec. La coordonnatrice et la chef du département clinique de santé publique assument le leadership de la direction depuis cinq ans.

Le Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020 du CISSS de l'Outaouais propose d'agir sur les déterminants de la santé au moyen de diverses actions en collaboration avec de nombreux partenaires. Les objectifs sont en cohérence avec les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. On encourage l'établissement à réfléchir à la stratégie de mise en œuvre du PAR.

Le site web du CISSS présente le portrait de santé interactif pour la population et les partenaires. Le portrait de santé de la population de l'Outaouais a été effectué en 2011. On encourage l'établissement à évaluer l'état de santé de la population tous les cinq ans. Les populations qui sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé sont cernées.

Le CISSS de l'Outaouais a plusieurs taux plus élevés que la moyenne provinciale, par exemple : le taux de tabagisme, les adultes déclarant un surplus de poids, le taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). L'offre de service intégré de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS et l'offre de service de cessation tabagique sont insuffisantes par rapport à la population visée. L'établissement doit également revoir l'offre de service en protection afin de s'assurer que les enquêtes réalisées soient selon les délais, les standards et les guides québécois.

De nombreux partenaires intersectoriels ont été consultés dans le cadre de la démarche d'élaboration du PAR. Parmi les partenaires de la direction santé publique, la présidente de la Commission Gatineau ville en santé a été rencontrée. Par exemple, la commission a consulté la direction santé publique au cours des derniers mois dans le dossier de la réglementation municipale concernant l'usage du cannabis dans les lieux publics. Un entretien téléphonique avec la coordonnatrice du service des ressources éducatives à la commission scolaire au Cœur-des-Vallées a démontré que la collaboration avec la direction santé publique est exemplaire. Le soutien et l'expertise de la direction santé publique dans l'élaboration d'une politique en lien avec les conditions climatiques furent grandement appréciés.

L'équipe de surveillance de l'état de santé et de bien-être des jeunes (0 à 17 ans) sous les services transversaux a été rencontrée. Des enquêtes populationnelles sont effectuées, dont l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle. Le pourcentage d'enfants vulnérables est plus élevé dans la région de l'Outaouais. On encourage l'établissement à analyser et interpréter les données de surveillance afin d'évaluer leurs répercussions possibles sur la santé de la population.

Le plan d'action de la concertation pour de saines habitudes de vie en Outaouais a été élaboré par l'équipe promotion avec de nombreux partenaires intersectoriels.

L'équipe protection en santé environnementale a un protocole à jour pour la chaleur extrême pour la saison 2019. L'équipe travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur en sécurité civile du CISSS, ainsi que les directions concernées.

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 : 26 septembre 2018 au 25 octobre 2018**
- **Nombre de réponses : 12**

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	92
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	8	0	92	93
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	83	0	17	65
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	17	0	83	85

	% 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.	8	8	83	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	97
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	93
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	8	92	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	42	17	42	60
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	8	0	92	92
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	8	92	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	17	0	83	86
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	8	92	95
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	8	0	92	93
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	8	0	92	96
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	18	27	55	79
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	8	8	83	61

	% 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	8	92	76
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	36	36	27	57
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	17	83	81
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	50	25	25	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.	17	17	67	79
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	29	29	43	90
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	25	8	67	77
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	17	83	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.	78	22	0	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	40	10	50	86
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	8	0	92	94

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	89
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	20	10	70	84
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	67	33	0	87

*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 2016 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	0	50	79
34. La qualité des soins	42	25	33	81

*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 2016 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 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 cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

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