



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Sommaire

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

Châteauguay, QC

Dates de la visite d'agrément : 26 novembre au 1 décembre 2017

Date de production du rapport : 21 décembre 2017

Au sujet du sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2017.

Ce sommaire offre un aperçu des résultats obtenus dans le cadre de cette visite. D'autres renseignements se trouvent dans 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. Toute modification au présent sommaire compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

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

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	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	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques 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 et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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.

Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux est :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'UQV conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé.

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 26 novembre au 1 décembre 2017**

- **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. A. CISSS de la Montérégie Ouest
2. Centre d'hébergement de Vaudreuil
3. Centre de services ambulatoires Lauzon
4. CLSC Châteauguay
5. CLSC de Beauharnois
6. CLSC de Huntingdon
7. CLSC de Rigaud
8. CLSC de Salaberry-de-Valleyfield
9. CLSC de Vaudreuil-Soulanges
10. CLSC Jardin du Québec - Saint-Rémi
11. CLSC Kateri
12. CRDITSA – Résidence Dupré - Beloeil
13. CRDITSA – Centre d'activités Vaudreuil
14. CRDITSA – Centre multiservice de Boucherville
15. CRDITSA – Centre multiservice de Saint-Hubert
16. CRDITSA – Centre multiservice et atelier de Granby
17. CRDITSA – Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement (CRETC)
18. CRDITSA – Installation Châteauguay
19. CRDITSA – Installation Kateri
20. CRDITSA – Installation Maribro
21. CRDITSA – Installation Vaudreuil
22. CRDITSA – Résidence Hector
23. CRDITSA – Résidence Moffat
24. CRDITSA – Services externes - Saint-Jean-sur-Richelieu

25. CRDITSA – Unité régionale de réadaptation DI-TSA - Saint-Hyacinthe (Unité St-Charles)
26. CRDP – Installation Châteauguay
27. CRDP – Installation Granby
28. CRDP – Installation Saint-Hubert
29. CRDP – Installation Saint-Hyacinthe (clientèle adulte)
30. CRDP – URFI de Saint-Bruno
31. CRDP – URFI de Vaudreuil-Dorion (clientèle adulte)
32. Hôpital Anna-Laberge
33. Hôpital Barrie Memorial
34. Hôpital du Suroît

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes sur l'excellence des services

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
7. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
8. Médecine - Normes sur l'excellence des services
9. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
10. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
11. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
12. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
13. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
14. Télésanté - Normes sur l'excellence des services
15. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
16. Urgences - Normes sur l'excellence des services

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.)	42	1	1	44
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	90	4	0	94
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	503	52	15	570
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	127	13	2	142
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	375	22	4	401
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	87	1	1	89
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	773	80	22	875
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	56	2	1	59
Total	2053	175	46	2274

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	44 (97,8%)	1 (2,2%)	5	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	76 (98,7%)	1 (1,3%)	9
Leadership	42 (89,4%)	5 (10,6%)	3	91 (94,8%)	5 (5,2%)	0	133 (93,0%)	10 (7,0%)	3
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (97,2%)	2 (2,8%)	0
Gestion des médicaments	68 (98,6%)	1 (1,4%)	9	60 (98,4%)	1 (1,6%)	3	128 (98,5%)	2 (1,5%)	12
Analyses de biologie délocalisées	35 (92,1%)	3 (7,9%)	0	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	75 (89,3%)	9 (10,7%)	2
Déficits sur le plan du développement	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0	72 (85,7%)	12 (14,3%)	0	120 (87,6%)	17 (12,4%)	0
Imagerie diagnostique	58 (89,2%)	7 (10,8%)	2	60 (88,2%)	8 (11,8%)	1	118 (88,7%)	15 (11,3%)	3
Médecine	36 (81,8%)	8 (18,2%)	1	69 (90,8%)	7 (9,2%)	1	105 (87,5%)	15 (12,5%)	2
Réadaptation	38 (86,4%)	6 (13,6%)	1	71 (91,0%)	7 (9,0%)	2	109 (89,3%)	13 (10,7%)	3

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
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	77 (88,5%)	10 (11,5%)	1	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	116 (91,3%)	11 (8,7%)	1
Services périopératoires et interventions invasives	108 (95,6%)	5 (4,4%)	2	106 (98,1%)	2 (1,9%)	1	214 (96,8%)	7 (3,2%)	3
Soins ambulatoires	41 (93,2%)	3 (6,8%)	2	75 (97,4%)	2 (2,6%)	1	116 (95,9%)	5 (4,1%)	3
Soins critiques	38 (77,6%)	11 (22,4%)	1	100 (87,7%)	14 (12,3%)	1	138 (84,7%)	25 (15,3%)	2
Télésanté	47 (92,2%)	4 (7,8%)	1	83 (93,3%)	6 (6,7%)	0	130 (92,9%)	10 (7,1%)	1
Traitement du cancer	79 (98,8%)	1 (1,3%)	1	114 (99,1%)	1 (0,9%)	0	193 (99,0%)	2 (1,0%)	1
Urgences	62 (87,3%)	9 (12,7%)	0	105 (98,1%)	2 (1,9%)	0	167 (93,8%)	11 (6,2%)	0
Total	859 (91,4%)	81 (8,6%)	29	1148 (93,9%)	74 (6,1%)	16	2007 (92,8%)	155 (7,2%)	45

* 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
Gestion des événements (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			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 5	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 : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	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 : Communication			
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	2 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3

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			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
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	0 sur 1	0 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
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Conforme	3 sur 3	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 conseil d'administration (CA) a été constitué en septembre 2015 en réponse à la mise en place de la loi 10. La représentativité des membres est conforme aux exigences de celle-ci.

Le président du CA et le PDG sont nommés par le ministre de la Santé et des Services Sociaux. Le CA s'est doté de plusieurs comités pour optimiser son fonctionnement : comité de gouvernance et éthique, comité de vérification, comité de vigilance de la qualité, comité des soins et services, comité des ressources humaines, comité des immobilisations, et un comité ad hoc pour le projet de construction du nouvel hôpital Vaudreuil-Soulanges.

L'ensemble des procès-verbaux de ces sous-comités est transmis aux membres du CA; les sous-comités ont un pouvoir de recommandations. Le processus de prise de décisions est transparent. Les membres sont satisfaits de l'information reçue sur le plan de la clarté de l'information et du temps accordé pour en prendre connaissance.

Les rôles et responsabilités du CA sont clairs et complémentaires à ceux de l'équipe de direction. Le CA s'est doté de règlements de fonctionnement et de règles concernant les conflits d'intérêts. Tous les membres ainsi que les sous-comités évaluent leur fonctionnement. Le président du CA veut s'assurer du bon fonctionnement de ses comités et de la participation de chacun des membres. Compte tenu du temps accordé entre la création du CISSS-MO et la mise en place du CA, ce dernier n'a pu participer au choix des ambitions et des valeurs de la nouvelle entité; par contre, il y adhère complètement. Les membres du CA souhaitent contribuer aux dimensions et les améliorer en ce qui concerne l'offre de service et l'accessibilité tout en assurant une prestation de soins sûrs et de qualité.

En bref, le conseil d'administration a un fonctionnement bien structuré. Il comprend bien son rôle stratégique et ses mandats. Il est bien informé et a su dès le départ développer un esprit critique.

Le CISSS-MO est constitué de 129 points de service, répartis sur tout le territoire de la grande Montérégie. Les principaux partenaires sont les établissements d'enseignement (écoles secondaires, collèges et universités) pour un arrimage plus fin entre les programmes de formation et les besoins de l'organisation (titres d'emploi en pénurie).

Aussi, des liens étroits sont tissés avec les nombreuses ressources intermédiaires ainsi que celles de type familial.

La communauté joue aussi un rôle important par l'entremise des différents comités de résidents et comités d'usagers de proximité, de même que du comité des usagers CISSS-MO. Le CISSS-MO peut compter aussi sur ses 720 bénévoles et sur 18 fondations.

L'équipe de direction s'est bâtie progressivement au cours des derniers mois et en fonction des modalités établies suivant la réorganisation d'avril 2015. L'équipe de direction semble bien articulée et centrée sur des objectifs communs. Les directions complètent aussi progressivement leurs équipes.

Il a été raisonnable de cibler un nombre restreint d'objectifs et d'y travailler avec cohérence (La Route de la Transformation).

Il faut souligner l'apport particulier de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) dans un contexte de grande transformation pour le soutien apporté aux différentes équipes et à l'enjeu de maintenir l'ensemble du personnel (médecins, employés et bénévoles) informé tout au long du processus.

Les salles de pilotage (stratégiques, tactiques et opérationnelles) sont un excellent exemple de la philosophie de gestion élaborée et d'exercice d'appropriation.

Les défis et enjeux organisationnels sont cernés et abordés. Tout ceci est fait pour une pérennisation du CISSS-MO.

Actuellement, le CISSS-MO, comme les autres CISSS au Québec, connaît des pénuries au niveau de certains titres d'emploi. Plusieurs initiatives sont entreprises par l'équipe de recrutement-attraction-dotation, plus précisément pour les postes de préposés aux bénéficiaires et d'assistants en réadaptation.

Dans certains secteurs, une révision des rôles et responsabilités du personnel est souhaitable afin d'optimiser le plein potentiel des équipes de travail. Les modes de fonctionnement de la liste de rappel et de l'équipe volante seraient à revoir afin de maximiser une continuité des soins et l'expertise du personnel.

Il y a des projets de collaboration entre le CISSS-MO et les écoles du territoire pour assurer une formation adéquate et complète des préposés aux bénéficiaires.

Nous retrouvons tout de même plusieurs défis quant au Plan de la main-d'œuvre: neuf entités, neuf systèmes d'information, deux logiciels, etc. L'information pointue et précise est difficile à obtenir dans un tel contexte. L'équipe de la dotation est dynamique et enrichie d'expertise du secteur privé. Des approches innovatrices sont en place pour créer une image de marque pour le CISSS-MO, et de nouvelles stratégies sont aussi implantées pour rejoindre les différents publics.

En partenariat avec les autres directions, la DRHCAJ travaille sur le climat de travail organisationnel. Le sondage PULSE a été distribué et analysé sous différents angles (directions, services, titres d'emploi) et un plan de déploiement a été amorcé cet automne. Les équipes doivent maintenant s'approprier les résultats et apporter des modifications.

Le comité paritaire SST sera remis en place dans les prochaines semaines. Il est question de la gestion du stress et des risques psychosociaux selon une étude de l'INSPQ.

Des liens seront faits entre le comité paritaire SST et le secteur du développement organisationnel afin d'améliorer la santé-sécurité dans l'organisme. Le comité souhaite travailler selon les meilleures pratiques, donc forcément dans un mode prévention. Le programme d'aide aux employés est accessible.

La création du CISSS-MO a permis une amélioration de la coordination des soins et services dans l'organisme. Certains arrimages demeurent à réaliser, mais l'organisme est sur la bonne voie.

La culture de la mesure est présente, mais doit continuer à s'implanter. L'établissement des salles de pilotage au niveau stratégique est bien ancré, le déploiement est à poursuivre au niveau opérationnel. Plusieurs secteurs d'activités ont un tableau opérationnel dynamique très apprécié par les membres des équipes. Toutefois, certains défis mériteront une attention particulière. Le bilan comparatif des médicaments, l'utilisation d'abréviations dangereuses, la prévention des chutes, la double identification et le transfert de l'information sont à consolider.

Dans tous les secteurs de prestation clinique, la cohérence et la cohésion sont bien présentes. Malgré la réorganisation des programmes et des services, les intervenants restent centrés sur les besoins de la clientèle. Ils utilisent plusieurs stratégies et partenariats pour atteindre les objectifs cliniques de l'utilisateur.

Les usagers et la famille sont responsabilisés dans l'élaboration du plan d'intervention. Le personnel conserve une expertise de services spécialisés et s'adapte pour répondre aux besoins ciblés de la clientèle et aux contraintes des proches.

Les équipes de soins font preuve d'audace pour améliorer la prestation de services et le mot reviendra à de multiples reprises au cours des rencontres avec les équipes. Les objectifs ministériels de désengorgement des urgences augmentent la pression sur les équipes de travail. Dans certains services, la vétusté des locaux augmente le risque de bris de confidentialité et de transmission des infections nosocomiales.

La satisfaction de la clientèle est régulièrement sondée dans la majorité des emplacements du CISSS-MO. Tous les clients rencontrés se disent satisfaits des soins reçus au sein de l'organisme et apprécient l'humanisme des équipes rencontrées.

Plusieurs efforts de réduction des délais d'attente ont été mis en place afin d'améliorer l'accès aux soins et services en santé physique.

Des efforts de sensibilisation concernant les délais d'attente des équipes qui offrent des services en dépendance méritent ici d'être soulignés.