



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}

**CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-
Montréal**

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni « tel quel » sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en *common law*, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet d’Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d’outils et de programmes d’évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d’agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l’International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l’Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec^{MC} d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à la précision des renseignements fournis par l’établissement pour planifier et mener les visites d’agrément et produire ce rapport. Il incombe à l’établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d’agrément.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

L'établissement

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population en milieu urbain d'environ 330 000 citoyens répartie sur un territoire de 46 km². L'établissement offre des soins et services dans les secteurs suivants : Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc, et Verdun, Côte-Saint-Paul, Ville-Émard, Saint-Henri, Petite-Bourgogne et Griffintown. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal compte sur l'expertise de plus de 22 000 employés auxquels s'ajoutent 363 médecins de famille et 408 médecins spécialistes dans 203 installations. Il coordonne également des mandats régionaux pour l'île de Montréal et suprarégionaux.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal détient possède cinq désignations universitaires, réparties en six dimensions : l'enseignement, les pratiques de pointe, le transfert et l'utilisation des connaissances, le rayonnement, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, ainsi que la recherche.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal offre des soins et services à une population urbaine présentant des enjeux démographiques, de pauvreté et d'itinérance. Son mandat inclut le volet de la santé publique. Dans le cadre de ses mandats, il propose une vaste gamme de services de santé et de services sociaux généraux et spécialisés. Il est important de souligner que le CIUSSS se distingue par ses initiatives novatrices et efficaces en santé et services sociaux. Il est leader en matière d'innovation sociale. Bien enraciné au cœur de la communauté montréalaise, l'établissement est axé sur la santé urbaine et sait adapter son offre de services aux besoins changeants de la population. L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique établie. Des ressources sont attribuées pour soutenir les activités d'amélioration de la qualité. L'établissement s'est doté d'un modèle qualité-performance incluant le point de vue de l'utilisateur. Ce modèle est basé sur l'accessibilité, la mobilisation et l'optimisation. Cependant, la continuité des trajectoires de services au sein des programmes varie. Certaines équipes reconnaissent peu les bénéfices administratifs de la fusion. Toutefois, la possibilité de réaliser des projets communs et de partager l'expertise clinique est présente. Depuis sa création, l'établissement a établi des principes et une vision du travail en partenariat. Il démontre l'importance de collaborer avec son réseau de partenaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population, tout en respectant l'autonomie des partenaires et en reconnaissant leur expertise.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	96,1%	96,6%	85,8%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- Leader en matière d'innovation sociale.
- Priorité stratégique d'amélioration de la qualité établie.
- Engagement ferme envers le travail en partenariat.
- Adaptation de ses services aux besoins changeants de la population.
- Transformation significative de l'offre de services en dépendance en assurant la prestation des services à proximité.
- Enseignement, Recherche, Innovation.

Opportunités d'amélioration :

- Améliorer la continuité des trajectoires de services au sein des programmes.
- Poursuivre le travail d'harmonisation des pratiques cliniques.
- Mettre à jour les technologies de l'information devenues désuètes.
- Poursuivre le développement de la santé numérique.
- Intégrer davantage les continuums de services de première ligne pour les jeunes et les services de Protection de la jeunesse.
- Évaluer la possibilité d'une plus grande utilisation des automates de distribution de médicaments à travers l'établissement.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

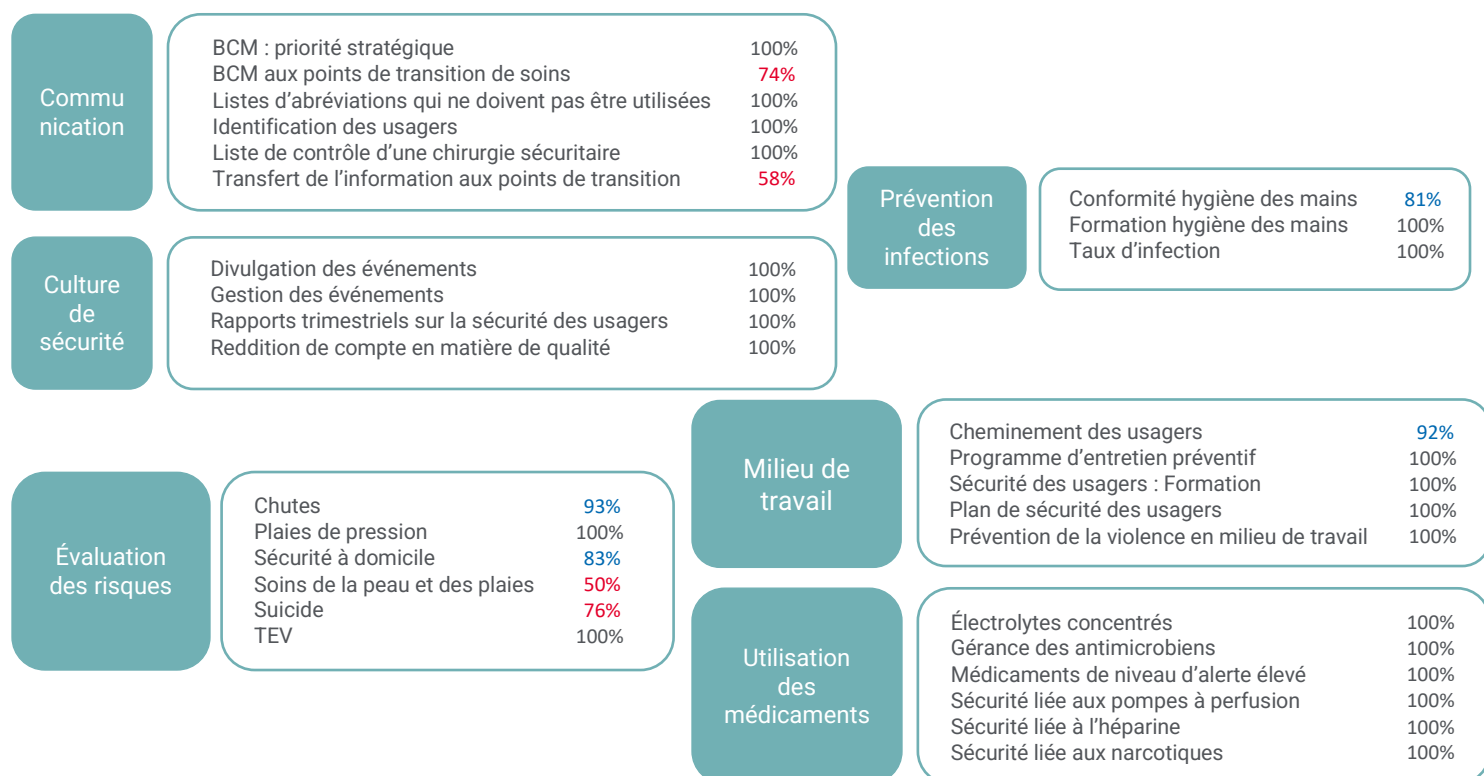


Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	12
Jeunesse	14
Santé mentale et dépendances	15
Santé physique.....	16
Services généraux.....	17
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)	18
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	20
Amélioration continue de la qualité.....	21
Évaluation des pratiques sécuritaires	21
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen	22
Conclusion.....	23
Annexes	24
Directives relatives à l'attribution de l'agrément	24
Classification des critères.....	25
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	27
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	28
Détails techniques du rapport.....	34

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Le statut d'agrément est :

Agréé

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.









Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	98	0	0	98
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	97,5%	278	7	2	287
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	94,3%	166	10	4	180
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	100,0%	66	0	8	74
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	94,4%	118	7	3	128
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	94,7%	1108	62	62	1232
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	95,7%	1112	50	162	1324
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	97,4%	1081	29	89	1199
Total	96,1%	4027	165	330	4522

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'établissement doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR fait l'objet de tests de conformité (TC). L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Sommaire des POR de l'établissement

Total

223/260

POR Conforme

86%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	77%	71 / 92	17 / 23
	Identification des usagers	100%	30 / 30	30 / 30
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	6 / 6	1 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	5 / 5	1 / 1
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	80%	124 / 155	18 / 31
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	49 / 49	2 / 2
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	87%	26 / 30	5 / 6
	Prévention des plaies de pression	100%	30 / 30	6 / 6

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	91%	114 / 125	19 / 25
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	25 / 25	5 / 5
	Soins efficaces des plaies	94%	30 / 32	2 / 4
	Stratégie de prévention des chutes	98%	47 / 48	13 / 14
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	92%	192 / 208	24 / 26
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	88%	82 / 93	25 / 31
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	31 / 31	31 / 31
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	30 / 30	1 / 1
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	67%	8 / 12	2 / 4
	Jeunesse	100%	12 / 12	4 / 4
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	60%	9 / 15	2 / 5
	Santé physique	96%	23 / 24	7 / 8
	SAPA	100%	15 / 15	5 / 5
	Services généraux	100%	12 / 12	4 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	4 / 4	4 / 4
	Jeunesse	100%	4 / 4	4 / 4
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	8 / 8	8 / 8
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	4 / 4	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	8 / 8	8 / 8
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	5 / 5	5 / 5
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	32 / 32	4 / 4
	Jeunesse	100%	16 / 16	2 / 2
	Santé mentale et dépendances	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé physique	100%	72 / 72	9 / 9
	SAPA	100%	40 / 40	5 / 5
	Services généraux	33%	8 / 24	1 / 3

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	60%	12 / 20	0 / 4
	Jeunesse	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	60%	3 / 5	0 / 1
	SAPA	96%	24 / 25	4 / 5
	Services généraux	100%	30 / 30	6 / 6
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	89%	8 / 9	1 / 2
	Jeunesse	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé physique	100%	15 / 15	5 / 5
	SAPA	100%	12 / 12	3 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	90%	18 / 20	2 / 4
	Jeunesse	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	54%	19 / 35	2 / 7
	SAPA	56%	14 / 25	1 / 5
	Services généraux	93%	28 / 30	4 / 6

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à la sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 24 mai au 31 octobre 2018

Nombre de répondants : 17

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



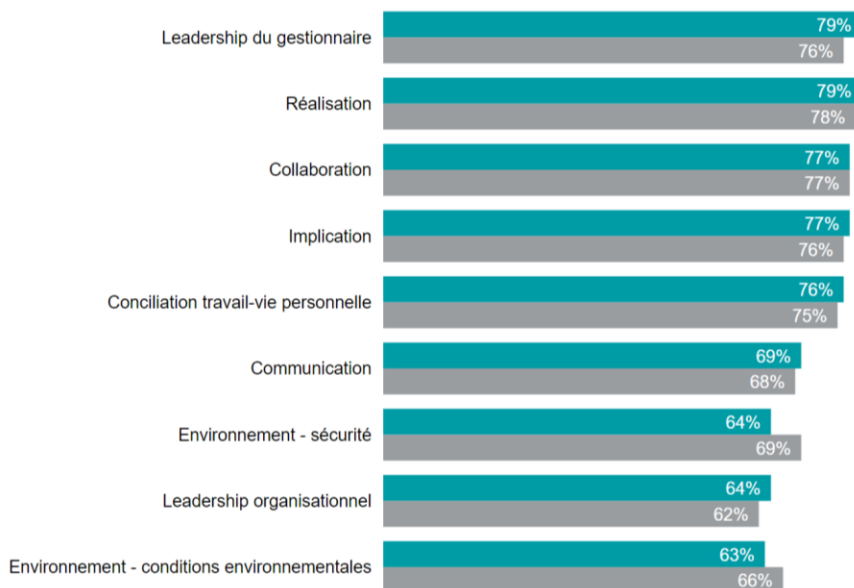
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 9 septembre au 11 octobre 2019

Nombre de répondants : 5304

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



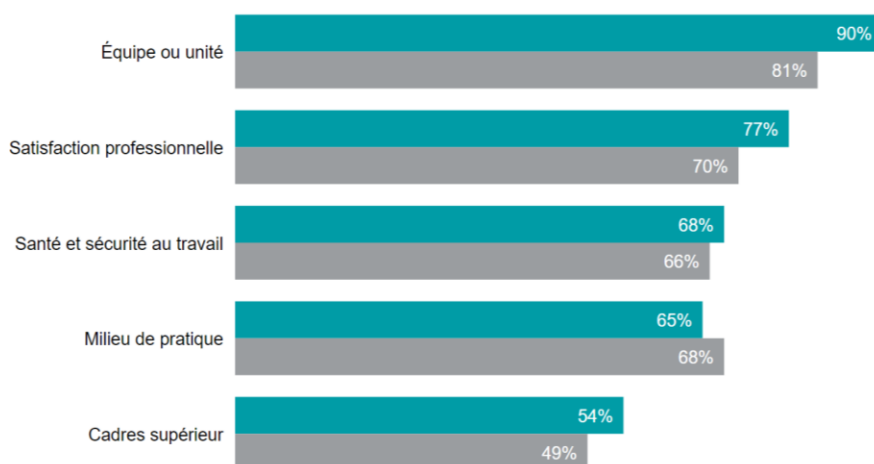
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 28 mars au 11 juillet 2019

Nombre de répondants : 202

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



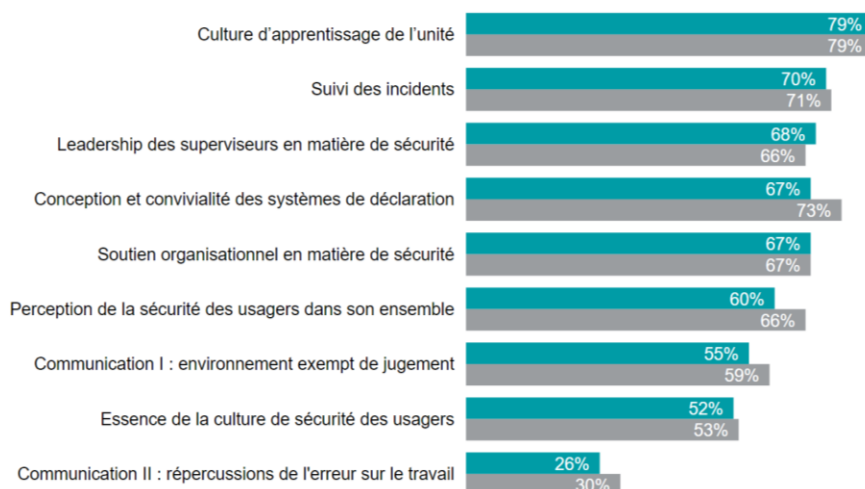
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 9 septembre au 16 octobre 2019

Nombre de répondants : 2424

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



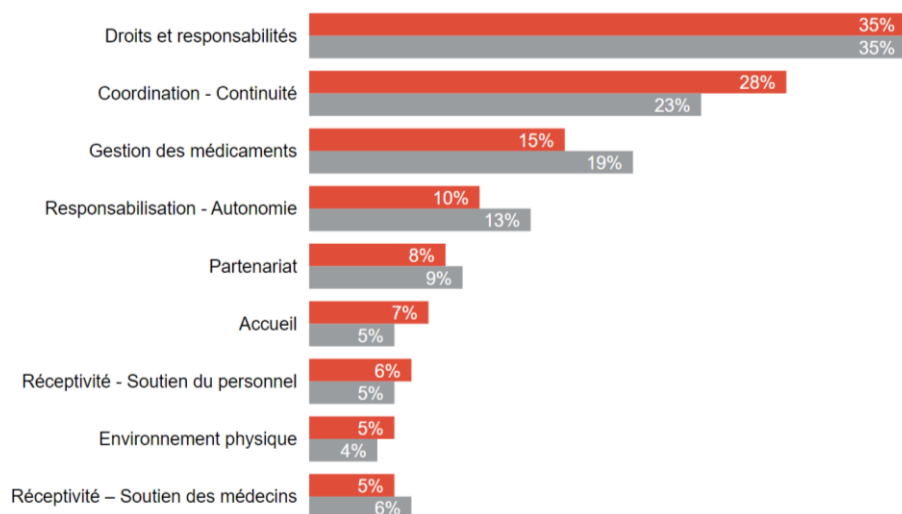
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 608

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

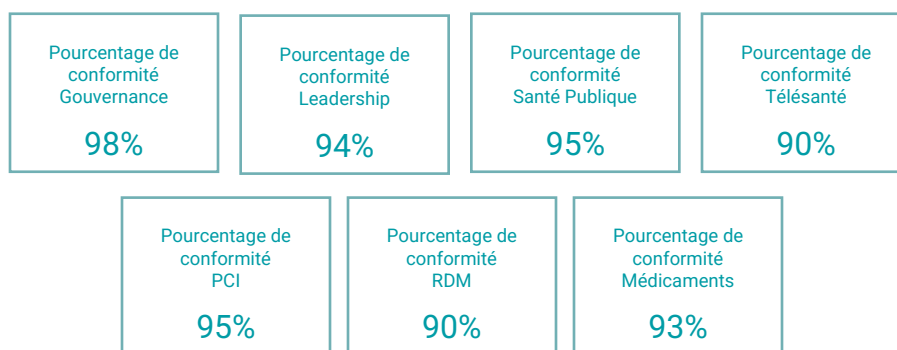
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	4	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	6
Leadership	99%	1%	4	100%	0%	3	100%	0%	1	99%	1%	8
Santé publique	100%	0%	3	98%	2%	4				99%	1%	7
Télésanté	66%	34%	0	62%	38%	0				64%	36%	0
Prévention et contrôle des infections	94%	6%	0	95%	5%	0	100%	0%	0	95%	5%	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	98%	3%	0	98%	2%	4				98%	2%	4
Gestion des médicaments	100%	0%	1	100%	0%	5	100%	0%	0	100%	0%	6
Total	96%	4%	12	96%	4%	18	100%	0%	1	96%	4%	31

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) Les membres du conseil d'administration sont tous expérimentés et font preuve d'engagement et de vigilance. Ils veillent particulièrement à ce que des services de qualité et sécuritaires soient offerts par l'établissement de manière continue et complémentaire aux autres établissements et ressources de la région. L'établissement suit un processus rigoureux de planification budgétaire. De plus, il effectue régulièrement des analyses comparatives afin d'améliorer son efficacité. Un outil d'étalonnage interactif a été développé à cet effet.

Par ailleurs, la communication interne et externe occupe une place importante au sein de l'établissement. Un nouveau site web reflète un changement d'orientation en matière de population. Cette réalisation mérite d'être mentionnée. L'établissement est invité à relever d'autres défis liés à la communication, notamment à contribuer au développement provincial du Centre de traitement de l'infonuagique, à moderniser les technologies de l'information devenues désuètes, à poursuivre le développement du dossier santé numérique et à développer un système d'information unifié pour la gestion des ressources humaines.

En matière de gestion des médicaments, l'équipe mérite des félicitations pour la mise en place très réussie du bilan comparatif des médicaments (BCM) dans tous les CHSLD. L'équipe est très fière de ses accomplissements dans un contexte de réorganisation majeure et de ressources limitées. De plus, l'équipe est encouragée à étudier les coûts et les avantages d'une plus grande utilisation des cabinets automatisés décentralisés pour un meilleur contrôle des sorties de médicaments et une réduction des coûts de main-d'œuvre en soins infirmiers.

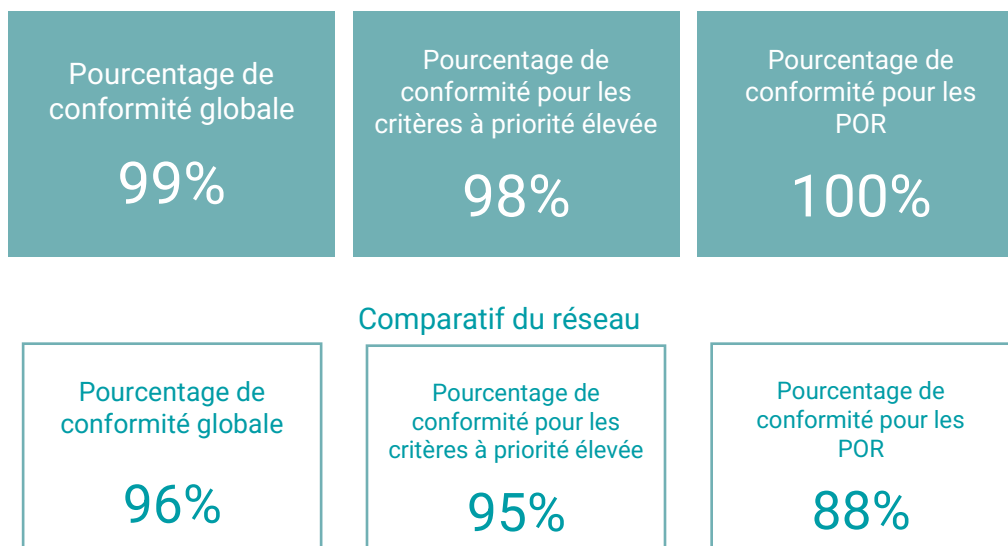
(2022) D'autre part, la pandémie est devenue un levier pour la télésanté, car plusieurs intervenants ont utilisé cette modalité pour maintenir une offre de services. Le besoin de mieux structurer et accompagner le développement de la prestation de service et de soutenir la réussite des projets est présent. Les usagers qui ont accès à cette modalité sont très satisfaits.

Jeunesse

Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Faits saillants

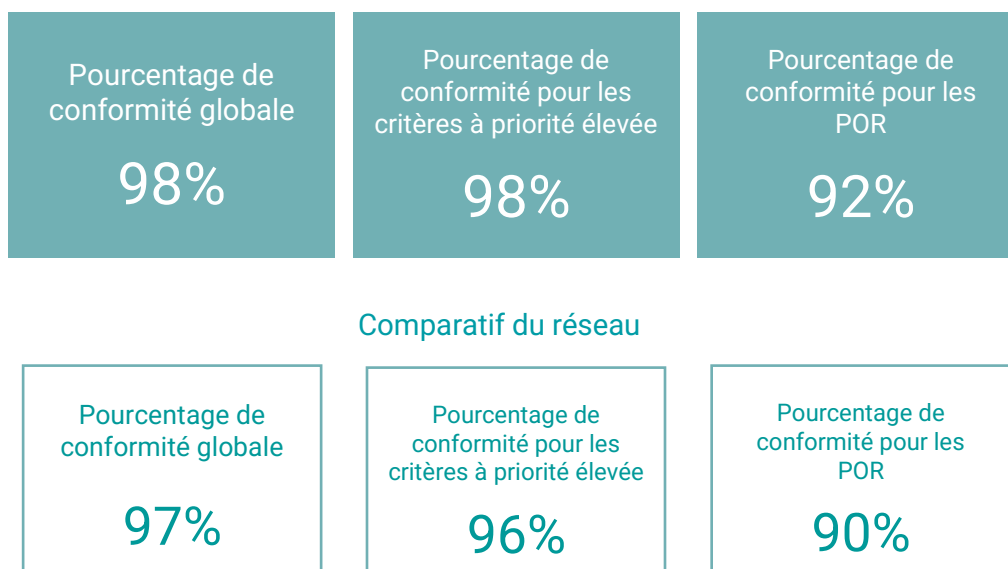
(2019) Les responsables du programme Jeunesse et de la Protection de la jeunesse ont adopté une approche centrée sur les enfants, les jeunes et leurs familles comme base de leur prestation de services et de leur philosophie d'intervention. Ce choix en faveur des usagers se manifeste par un engagement concret à développer de meilleures pratiques cliniques fondées sur des données probantes. Le statut universitaire de l'établissement et l'organisation de la recherche sociale auprès des jeunes en difficulté stimulent l'innovation dans les multiples secteurs d'activités cliniques, quel que soit le groupe d'âge. L'organisation des services dans un continuum intégré est clairement identifiée comme une vision par la haute direction. Cependant, il reste encore d'importants obstacles à surmonter pour y parvenir. Les services de première ligne et les services de Protection évoluent encore en parallèle et peinent à converger au sein de ces grands ensembles.

Santé mentale et dépendances

Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



Faits saillants

(2019) La direction du programme Santé mentale et dépendance démontre un leadership visionnaire et transformationnel, visant à améliorer les services centrés sur les besoins des usagers et des familles. L'implication de cinq pairs-aidants au sein des équipes de santé mentale et la présence d'une paire aidante famille sont à souligner et représentent une pratique exemplaire. La direction reconnaît l'importance des usagers partenaires et des pairs aidants pour contribuer à l'amélioration de l'expérience client. D'autre part, l'équipe de leadership vise une transformation importante et ambitieuse de l'offre de services en matière de dépendance sur le territoire montréalais. Cette initiative permettra de garantir des services de proximité dans les meilleurs délais en éliminant les étapes qui ne sont pas à valeur ajoutée pour la clientèle. Par ailleurs, la direction s'efforce de se doter d'outils de mesure afin de surveiller ses objectifs, notamment ceux liés à l'amélioration de l'accès. Toutefois, les systèmes de gestion de la clientèle non harmonisés font partie des défis à relever pour poursuivre les efforts de mesure.

Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Au programme-services de Santé physique, les particularités de la clientèle influencent l'offre de services, ce qui témoigne de la préoccupation de fournir des soins centrés sur les personnes. La collaboration au sein de l'établissement entre les professionnels et les directions permet de réaliser des avancées bénéfiques pour les usagers. L'efficacité de l'hôpital est une préoccupation partagée au sein de toute l'organisation. De plus, la cogestion médico-administrative qui débute donne déjà des résultats intéressants dans certains secteurs et pourrait être étendue. Par ailleurs, le lien d'appartenance des intervenants est solide avec leur site, mais moins fort avec l'établissement. À cet égard, les pratiques cliniques varient d'un milieu à l'autre et ne sont pas harmonisées. Le processus d'harmonisation des politiques et des protocoles a commencé, mais il reste encore du travail à accomplir. D'autre part, la question de l'interopérabilité des systèmes d'information entrave la transformation numérique et le partage fluide d'informations. Par conséquent, la recherche d'informations par les intervenants est fastidieuse.

Services généraux

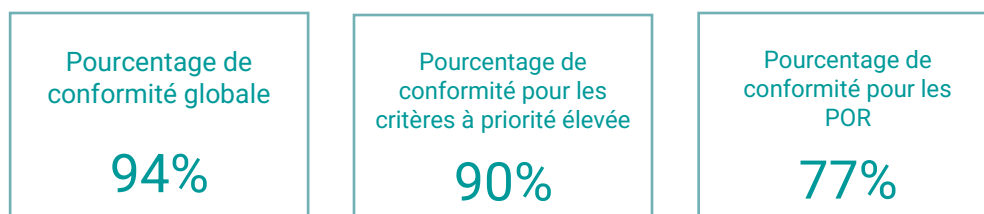
Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) La direction des Services généraux et des partenariats urbains a été créée à l'automne 2019. L'objectif de cette création était d'intégrer l'ensemble des services à la population dans une approche transversale visant à promouvoir le bien-être des personnes et à faire progresser le concept de santé urbaine. Cette direction porte une double mission, car elle sert de banc d'essai pour différents projets du MSSS. Le volet régional est bien présent et la vision des équipes dépasse largement les territoires locaux. La direction assure la coordination régionale des mesures d'urgence, de la sécurité civile et de l'accès au réseau. Le soutien à la communauté par la mise en place de comités de concertation et de projets communs est remarquable. L'interdisciplinarité est une grande force de l'équipe. Par ailleurs, l'équipe est encouragée à poursuivre et à documenter les projets ayant un impact sur l'accessibilité en première ligne. Le GAP et la mise en place de cliniques d'infirmières-praticiennes spécialisées représentent des pistes de solutions en lien avec la précarité des services des urgences.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

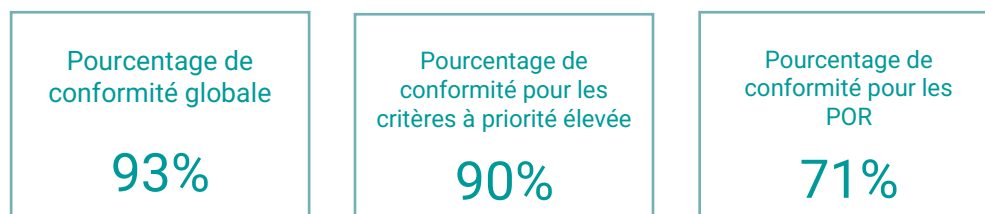
Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Les équipes du programme déficiences (DI-TSA et DP) sont composées de personnes empathiques, engagées, professionnelles et dévouées à la clientèle. Elles veillent à offrir des services de qualité fondés sur les meilleures pratiques. Des activités de recherche sont notamment présentes pour la clientèle du programme de déficience physique. De nombreux services régionaux et suprarégionaux sont offerts dans diverses installations, tant en interne qu'en externe. Plusieurs milieux d'hébergement sont disponibles pour la clientèle DP, DI-TSA.

Cependant, dans les petits milieux, comme les ressources à assistance continue, certains travaux d'aménagement devraient être priorités afin d'assurer la sécurité des usagers. D'autre part, le programme a un mandat régional pour les services d'intégration au travail et à la communauté pour la clientèle DI-TSA. Quant aux services liés à la déficience physique, ils revêtent une importance capitale pour l'établissement. Néanmoins, le délai d'accès à certains services spécialisés peut être long. Heureusement, le projet de transformation des programmes permettra de réajuster l'offre de services et d'en accroître la disponibilité.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

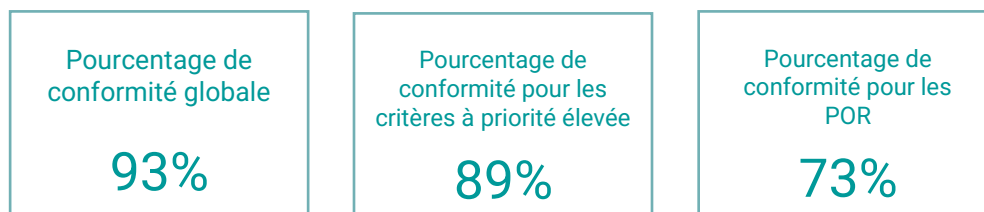
Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Le programme SAPA a été divisé en deux parties : une partie consacrée à l'hébergement et l'autre au continuum de soins, incluant le soutien à domicile, les services de deuxième et troisième lignes gériatriques ainsi que d'autres services de soutien. Le souci de la qualité est palpable à travers les structures et les différents sites. Le programme est alimenté par une culture évidente de données probantes, et il est enrichi par la présence et les réalisations de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, qui fait partie intégrante de l'établissement. De plus, les directions ont fait preuve d'une créativité hors du commun pour relever les défis de recrutement et de fidélisation des employés. D'autre part, les directions doivent envisager la mise en place d'un programme robuste et étendu de gestion intégrée des risques, en prenant en compte tant les risques immédiats pour les usagers que tous les risques liés à l'environnement. Elles doivent aussi continuer à renforcer l'engagement des usagers et des proches-partenaires.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

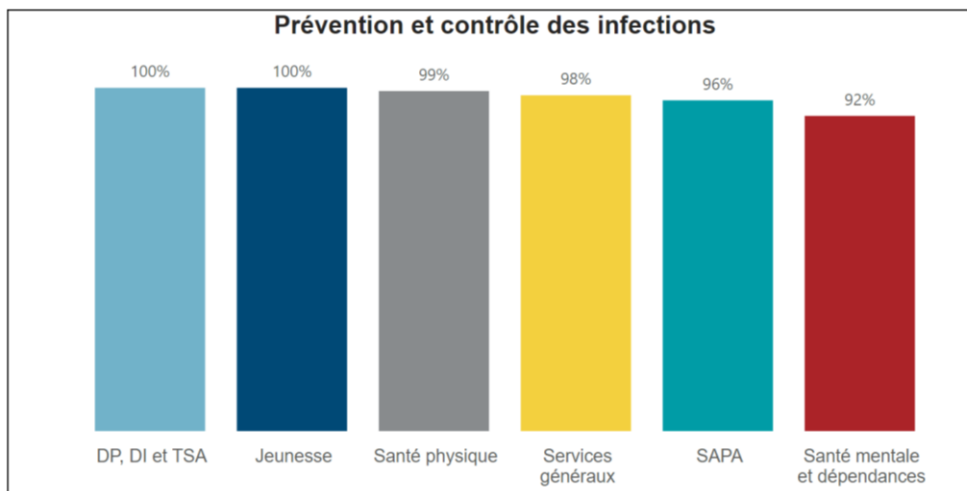
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

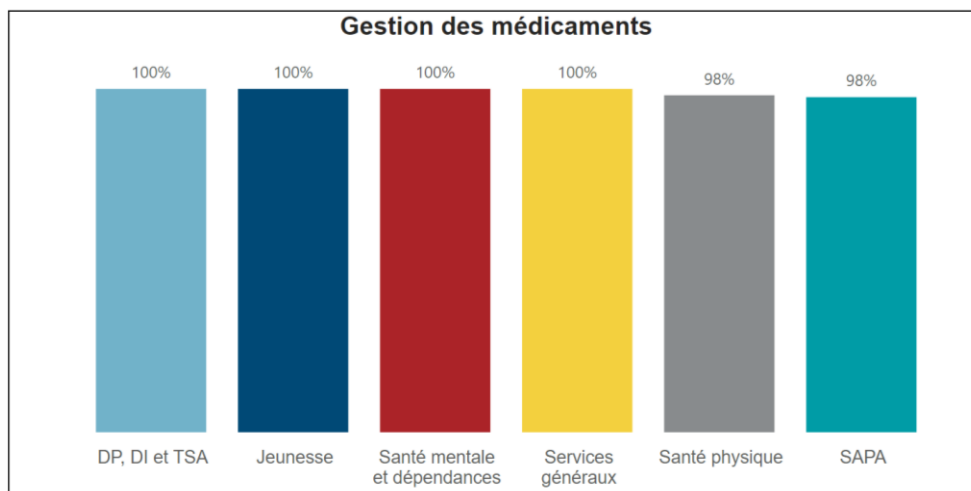
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'amélioration continue de la qualité demeure une priorité stratégique établie. Les cinq désignations universitaires favorisent et appuient le recours systématique à des processus et à des outils d'aide à la décision normalisés, ainsi qu'aux lignes directrices des meilleures pratiques. La marche Gemba est réalisée mensuellement par la direction générale, qui se rend directement sur le terrain afin d'entendre les usagers et les équipes, permettant ainsi d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux et de saisir les opportunités d'amélioration. La mise en place d'un Bureau de l'engagement et du partenariat avec les usagers et les proches mérite d'être soulignée. Par ailleurs, des projets d'amélioration de la qualité sont mis en place. Des indicateurs sont utilisés pour cerner des possibilités d'amélioration. L'établissement est encouragé à poursuivre le développement des mesures et à se doter des outils technologiques nécessaires pour y parvenir. En terminant, il a été constaté qu'un haut niveau de maturité en matière d'amélioration continue de la qualité est présent dans l'établissement. La façon dont l'utilisateur est pris en considération mérite des éloges. L'établissement est invité à poursuivre le développement de la gestion de la qualité et à maintenir les efforts afin de rendre les services accessibles, efficaces, efficients, et ainsi continuer à viser l'excellence.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficienc*e : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre
Gouvernance											
Leadership											
Santé publique											
		Jeunesse									
		Dépendances									
		Santé mentale									
						Santé physique					
						Services généraux					
						Télésanté					
								Déficience physique			
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme			
								SAPA			
Gestion des médicaments											
Prévention et contrôle des infections											
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables											

Cahier de normes au complet
 Critères spécifiques

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	18 au 22 novembre 2019
Séquence 1	Leadership	18 au 22 novembre 2019
Séquence 1	Santé publique	18 au 22 novembre 2019
Séquence 1	PCI	18 au 22 novembre 2019
Séquence 1	RDM	18 au 22 novembre 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	18 au 22 novembre 2019
Séquence 2	Jeunesse	18 au 22 novembre 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	18 au 22 novembre 2019
Séquence 3	Santé physique	21 au 25 novembre 2022
Séquence 3	Services généraux	21 au 25 novembre 2022
Séquence 3	Télesanté	21 au 25 novembre 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	24 au 28 avril 2023
Séquence 5	SAPA	24 au 28 avril 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Centre d'hébergement Émilie-Gamelin Centre d'hébergement Armand-Lavergne Centre administratif Santé Publique régionale Bureaux du SAT (Santé au travail) – Direction régionale de Santé publique CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique CLSC Côtes-des-Neiges École Simone-Monet CLSC Benny Farm CIUSSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique Territoriale
Leadership	Oui	
Santé Publique	Non	
Prévention et contrôle des infections	Oui	

Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • CLSC de la Visitation et GMFU des Faubourgs • CLSC de Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs • CLSC de Verdun • CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique • Hôpital Maisonneuve-Rosemont • CLSC de Rosemont • CLSC Olivier-Guimond • CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique • CLSC de Bordeaux-Cartierville • YMCA de Cartierville • CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal Santé Publique • CLSC LaSalle • CLSC de Pierrefonds • CLSC du Lac-Saint-Louis • École de l'Odysée • Hôpital de Verdun • Hôpital Notre-Dame • Unité de médecine familiale (YUMF) Notre-Dame
Gestion des médicaments	Oui	

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué	Emplacements
Excellence des services (Jeunesse)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour Le Papillon bleu • Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – Henri-Bourassa Est (Bureau Nord) • Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – 1001 Maisonneuve Est (Bureau Sud) • Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – • Bureau Sherbrooke Est • Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – de l'Église (Bureau Ouest) • Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Dominique Savio – Mainbourg • Centre de réadaptation en dépendance Louvain • Centre de réadaptation en dépendance Prince-Arthur • Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation du Mont-Saint-Antoine • CLSC de Verdun • CLSC Sainte-Catherine et GMFU des Faubourgs • Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation 1^{ière} avenue • Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Verdun • Hôpital Notre-Dame • Maison de naissance Jeanne-Mance • Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de la Cité-des-Prairies • CLSC de la Visitation et GMFU des Faubourgs
Services de périnatalité et d'obstétrique	Non	
Services de sage-femme et maisons de naissance	Oui	
Services pour jeunes en difficulté	Oui	
Services pour la protection de la jeunesse	Oui	
Services pour la santé mentale en communauté	Oui	
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Non	
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non	
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Non	
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui	
Services d'urgences psychiatriques	Oui	
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui	
Services de santé mentale (usagers admis)	Oui	
Services de dépendances (usagers admis)	Oui	

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Non
Services de pédiatrie	Non
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Non
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Non
Services de consultation sociale ou psychologique	Oui
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Oui
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui
Service Info-Santé	Non
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau ▪ CLSC Ste-Catherine ▪ CLSC de Saint-Louis-du-Parc ▪ CLSC de Verdun ▪ CLSC Île-des-Sœurs ▪ CLSC Visitation ▪ GMF Chemin de la Station Saint-Henri CLSC Saint-Henri ▪ GMF-U Notre-Dame ▪ GMF-U Verdun ▪ Hôpital de Verdun ▪ Hôpital et CRDP IRGLM-Charles W. Lindsay ▪ Hôpital Notre-Dame ▪ Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de travail Champ d'Eau-B, suite 209-210 • Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme 17e Avenue • Centre d'intervention communautaire (Jeanne d'Arc) • Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Dandurand • Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme NotreDame • Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau-Fullum • Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau-Laurier • Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar-Laurier • Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar-Radisson • CLSC de Ville-Émard Côte-Saint-Paul • CLSC et centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Saint-Louis-du-Parc • CRDI TED Point de service Guoin • Hôpital et CRDP IRGLM-Charles W. Lindsay • Hôpital et CRDP IRGLM-Gustave-Gingras • RAC Beurivage • RAC Delorimier • RAC des Roses • RAC Liège • RAC Nicolas-Moisan • RAC Saint-Urbain • RAC Transit • RRIIF Décarie Enfants • CLSC de la Visitation et GMFU des Faubourgs

Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Oui
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui
Soins palliatifs et de fin de vie	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> • Centre d'hébergement Alfred-Desrochers • Centre d'hébergement Armand-Lavergne • Centre d'hébergement Champlain • Centre d'hébergement de Saint-Henri • Centre d'hébergement Des Seigneurs • Centre d'hébergement Émilie-Gamelin • Centre d'hébergement Ernest-Routhier • Centre d'hébergement Hôpital Chinois • Centre d'hébergement Jean-De La Lande • Centre d'hébergement Louis-Riel • Centre d'hébergement Manoir-de-l'Age-d'Or • Centre d'hébergement Manoir-de-Verdun • Centre d'hébergement Paul Émile-Léger • Centre d'hébergement Paul-Bruchési • Centre d'hébergement Pavillon Côte-des-Neiges IUGM • Centre d'hébergement Réal-Morel • Centre d'hébergement Yvon-Brunet • CLSC de Saint-Henri - Point de services St-Jacques • CLSC de Saint-Louis-du-Parc • CLSC de Verdun • CLSC de Ville-Émard Côte-Saint-Paul 23. • CLSC des Faubourgs

Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.