



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

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

Dates de la visite d'agrément : 23 au 28 avril 2017

Date de production du rapport : 26 juin 2017

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (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 avril 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
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
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	17
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	18
Processus prioritaire : Gouvernance	18
Processus prioritaire : Planification et conception des services	20
Processus prioritaire : Gestion des ressources	22
Processus prioritaire : Capital humain	24
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	26
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	28
Processus prioritaire : Communication	30
Processus prioritaire : Environnement physique	31
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	33
Processus prioritaire : Cheminement des clients	34
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	35
Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	37
Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins	37
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	39
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	40
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	42
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	48
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	51

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	57
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	62
Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service	65
Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service	68
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	72
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	76
Résultats des outils d'évaluation	79
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	79
Annexe A - Programme Qmentum	83
Annexe B - Processus prioritaires	84

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (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 de la Montérégie-Est est:

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce jusqu'à ce que la prochaine décision relative au type d'agrément soit prise en 2019.

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 : 23 au 28 avril 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. Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
2. CLSC de Beloeil
3. CLSC de la MRC-d'Acton
4. CLSC de Longueuil-Ouest
5. CLSC de Mont-Saint-Hilaire
6. CLSC de Saint-Bruno-de-Montarville
7. CLSC de Saint-Hyacinthe (Gauthier) - UMF
8. CLSC de Saint-Jude
9. CLSC des Maskoutains
10. CLSC des Patriotes
11. CLSC des Seigneuries de Boucherville
12. CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
13. CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
14. CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
15. CLSC des Seigneuries de Varennes
16. CLSC des Seigneuries de Verchères
17. CLSC Gaston-Bélanger
18. CLSC Simonne-Monet-Chartrand
19. Hôpital Honoré-Mercier
20. Hôpital Pierre-Boucher
21. Hôtel-Dieu De Sorel

- **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 portant sur des populations spécifiques

5. Santé et bien-être de la population

Normes sur l'excellence des services

6. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
7. Médecine - Normes sur l'excellence des services
8. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
9. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
10. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
11. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
12. Soins palliatifs et services en fin de vie - Normes sur l'excellence des services
13. Soins primaires - Normes sur l'excellence des services
14. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
15. Urgences - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé l'outil suivants:

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

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	44	12	1	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	86	5	0	91
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	484	26	14	524
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	124	7	4	135
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	342	37	3	382
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	87	1	0	88
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	692	79	22	793
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	51	4	3	58
Total	1910	171	47	2128

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	34 (85,0%)	6 (15,0%)	10	29 (100,0%)	0 (0,0%)	7	63 (91,3%)	6 (8,7%)	17
Leadership	46 (97,9%)	1 (2,1%)	3	85 (89,5%)	10 (10,5%)	1	131 (92,3%)	11 (7,7%)	4
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	26 (89,7%)	3 (10,3%)	2	64 (92,8%)	5 (7,2%)	2
Gestion des médicaments	71 (97,3%)	2 (2,7%)	5	61 (96,8%)	2 (3,2%)	1	132 (97,1%)	4 (2,9%)	6
Santé et bien-être de la population	3 (100,0%)	0 (0,0%)	1	32 (91,4%)	3 (8,6%)	0	35 (92,1%)	3 (7,9%)	1
Imagerie diagnostique	63 (94,0%)	4 (6,0%)	0	67 (98,5%)	1 (1,5%)	1	130 (96,3%)	5 (3,7%)	1
Médecine	40 (90,9%)	4 (9,1%)	1	68 (89,5%)	8 (10,5%)	1	108 (90,0%)	12 (10,0%)	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82 (96,5%)	3 (3,5%)	3	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	121 (96,8%)	4 (3,2%)	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
Services périopératoires et interventions invasives	106 (93,0%)	8 (7,0%)	1	100 (92,6%)	8 (7,4%)	1	206 (92,8%)	16 (7,2%)	2
Soins ambulatoires	31 (70,5%)	13 (29,5%)	2	55 (72,4%)	21 (27,6%)	2	86 (71,7%)	34 (28,3%)	4
Soins critiques	44 (88,0%)	6 (12,0%)	0	109 (94,8%)	6 (5,2%)	0	153 (92,7%)	12 (7,3%)	0
Soins palliatifs et services en fin de vie	39 (88,6%)	5 (11,4%)	1	107 (99,1%)	1 (0,9%)	0	146 (96,1%)	6 (3,9%)	1
Soins primaires	47 (81,0%)	11 (19,0%)	0	79 (87,8%)	11 (12,2%)	1	126 (85,1%)	22 (14,9%)	1
Traitement du cancer	77 (95,1%)	4 (4,9%)	0	107 (93,0%)	8 (7,0%)	0	184 (93,9%)	12 (6,1%)	0
Urgences	65 (91,5%)	6 (8,5%)	0	99 (92,5%)	8 (7,5%)	0	164 (92,1%)	14 (7,9%)	0
Total	786 (91,3%)	75 (8,7%)	27	1063 (92,1%)	91 (7,9%)	17	1849 (91,8%)	166 (8,2%)	44

* 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)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	3 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	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 critiques)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	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)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Non Conforme	0 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)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Traitement du cancer)	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 (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
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)	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)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 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 (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 (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)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins palliatifs et services en fin de vie)	Conforme	4 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
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 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 : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
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)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	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			
Prévention des plaies de pression (Médecine)	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 des plaies de pression (Soins palliatifs et services en fin de vie)	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)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	0 sur 0	1 sur 1
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
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	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 (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins palliatifs et services en fin de vie)	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 Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est a connu de profondes transformations depuis la dernière visite d'agrément. Une organisation de services englobant tous les établissements de l'est de la région administrative de la Montérégie a été regroupée sous une nouvelle gouverne administrative.

L'organisation doit composer avec de nombreux défis, notamment la consolidation de la gouverne, l'accessibilité et le maintien de l'offre de services et la révision en continue des programmes et continuum de soins et de services. De même, l'atteinte des cibles d'optimisation et la mobilisation de tous les membres de l'organisation sont d'autres défis à relever dans un contexte de changement.

Différentes stratégies ont été progressivement mises en place pour soutenir la transformation. Les directions ont créé ensemble une offre de services en partenariat avec leurs équipes selon un modèle intégré qui leur offre un accompagnement multidimensionnel (gestion de projets, Centre d'expertise en développement organisationnel, évaluation de la qualité et de la performance, etc.).

L'organisation s'est dotée d'une vision globale de sa performance organisationnelle et cible ses projets dans une vision intégrée de la performance

Tenant compte de l'ampleur du projet de transformation, l'équipe de visiteurs constate qu'au terme de sa deuxième année, le CISSS de la Montérégie-Est se dirige vers le succès.

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont bien au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- La gestion intégrée des risques
- La gestion intégrée de la qualité au quotidien
- La gestion de la performance

Le processus de suivi de la gestion des risques est systématisé et l'ensemble des équipes y adhèrent, et ce au quotidien, ce qui est remarquable.

Il faut également souligner l'implication de la direction de la qualité pour l'évaluation de la performance et de l'éthique.

Une excellente coordination et un soutien aux directions, de même que la mise en application d'outils de mesure, fondent la base d'une solide culture de la qualité.

Il est à noter que le CISSS de la Montérégie-Est doit œuvrer en tenant compte de certains défis.

- L'intégration de l'apport des usagers et des familles doit être prise en considération dans la conception, la planification et la prise de décisions à l'égard de l'offre de services.
- La co-gestion médico-administrative doit transcender la simple collaboration. Il y aurait lieu de formaliser le concept de co-gestion administrative en vue d'en retirer les bienfaits escomptés.
- À l'égard de la culture de la mesure, l'équipe a constaté les nombreux efforts réalisés en vue de se doter d'indicateurs pertinents. Toutefois, l'établissement est encouragé à consolider les différentes composantes du concept de la mesure, notamment par l'identification de cibles, le partage des résultats aux membres de l'organisme et la révision des processus en fonction de ceux-ci.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins ambulatoires 9.2 · Médecine 9.2
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services périopératoires et interventions invasives 11.6 · Services périopératoires et interventions invasives 11.7 · Soins palliatifs et services en fin de vie 8.5

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

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

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.	!
13.4 Le conseil d'administration suit un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement et son efficacité.	!
13.6 Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!
13.10 Le conseil d'administration cerne les possibilités d'amélioration de son fonctionnement et leur donne suite.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration est dynamique et mobilisé. Il connaît bien son rôle lié à la gouvernance et est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés à leurs besoins. Conjointement avec la direction générale, il assume un leadership certain en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité de la clientèle.

Le conseil d'administration a mis en place différents sous-comités pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et responsabilités. Ces comités abordent les dossiers liés à la gouvernance, à la vérification et aux finances, la qualité et la sécurité, et la gestion des ressources humaines. Le rôle et la composition des comités sont établis par décision du conseil. Tous les comités établissent leurs plans d'action en lien avec le plan d'action annuel, la planification stratégique et les mandats spécifiques confiés pour assurer la gouvernance de l'établissement. Ils rendent compte au conseil d'administration à la suite de chacune de leur réunion.

Le conseil est informé de toutes les situations à risque, de la fréquence et de la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents.

Le conseil d'administration fait de la qualité et de la sécurité une priorité. Des progrès importants sont notés dans les efforts visant à créer une véritable culture de la mesure. Dans plusieurs secteurs de soins et de services, nous avons constaté les réalisations des équipes et l'intégration de ces principes dans la gestion quotidienne.

Depuis leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration ont bénéficié de plusieurs activités de formation sur le rôle et les responsabilités des membres de conseil et sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux. Les membres sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et planifient des capsules de formation aux séances du conseil.

La documentation transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des priorités établies dans la planification stratégique et dans les plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité et de la gestion des événements sentinelles et des incidents évités de justesse. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation des plans de relève.

Le conseil d'administration dispose des politiques et procédures nécessaires à la régie interne de l'établissement. Elles définissent la portée de ses pouvoirs, de ses obligations ou de ses responsabilités. Un tableau de bord complet, comprenant des indicateurs de suivis cliniques et administratifs, est produit pour le compte du conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration accordent une attention particulière à la reconnaissance de la contribution des membres des équipes. Plusieurs activités et mécanismes de reconnaissance sont en place et sont très appréciés du personnel. Nos observations sur le terrain nous amènent cependant à proposer l'élaboration d'une politique de reconnaissance organisationnelle pour encadrer cette philosophie.

Enfin, le conseil d'administration devra se doter d'un programme structuré d'évaluation de son rendement et de son efficacité. Un tel processus devrait également permettre d'apprécier la contribution de la présidence et celle des membres et d'effectuer un bilan et une revue des mandats et de la composition des comités.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique et démontre les valeurs dans l'ensemble de l'organisme.	
1.4 Les équipes sont appuyées dans leurs efforts en vue de travailler en partenariat avec les usagers et leurs familles pour tous les aspects de leurs soins.	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté élargie.	
4.8 La mission, la vision et les valeurs de l'organisme sont communiquées aux membres des équipes, aux usagers, à leur famille et à la communauté.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est, le plan d'organisation et l'organigramme ont fait l'objet d'une refonte en profondeur, et le plan appuie adéquatement la prestation de services et l'atteinte des objectifs stratégiques et opérationnels. Les directeurs et les cadres ont été confirmés dans leurs nouvelles fonctions et les effets escomptés sont mesurables.

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'établit selon un processus rigoureux et intègre les priorités liées à la planification stratégique et les objectifs déterminés par le comité de direction. Toutes les directions d'expertises établissent leur programmation en soutien des équipes pour la réalisation du plan d'action du comité de direction.

Le plan de communication et de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de l'agrément à toutes les catégories d'employés sont éloquentes.

Les relations avec les partenaires sont excellentes. Les représentants des organismes communautaires que nous avons contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires avec les équipes de l'établissement. Ces derniers sont cependant extrêmement préoccupés par l'intensification des services en communauté et la lourdeur des clientèles qui leur occasionnent des charges de travail additionnelles pour lesquelles il n'y a pas de financement.

L'établissement a pour défi d'associer les médecins à la gestion des affaires cliniques et administratives de l'établissement et à une plus grande implication dans la révision des continuums de soins. Cet objectif prioritaire passe par un changement à la gouverne administrative et l'introduction d'une philosophie de gestion médico-administrative participative, contributive et responsable. À cet effet, la direction a mis en place un modèle de co-gestion médicale qui favorise une implication et une imputabilité plus grandes des membres de l'équipe médicale. Des activités de formation et de soutien ont été mises en œuvre pour permettre aux cadres et aux médecins à travailler en partenariat.

L'établissement est félicité pour le déploiement de l'expérience patient et l'expérience employé à titre de moyen contributif à l'amélioration de la qualité des soins et services et de la mobilisation du personnel.

L'établissement est par ailleurs invité à mettre en œuvre des travaux visant l'élaboration du cadre de référence relatif à l'implantation du partenariat avec l'usager et ses proches et à la mesure de l'expérience client. Un tel cadre devrait établir la philosophie du CISSS de la Montérégie-Est et prévoir les mécanismes qui permettent d'obtenir l'apport ou la contribution des usagers-familles. Des activités de soutien, incluant la formation et le perfectionnement des équipes de soins et services devraient être prévues. Enfin, un tel programme devrait constituer l'un des principes directeurs de l'organisation.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

La documentation financière transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des revenus et dépenses, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs les plus vulnérables.

Le processus de planification et de contrôle financier est rigoureux et déployé au sein de toutes les directions. Des conseillères financières sont attitrées aux directions et services et appuient adéquatement les cadres à toutes les étapes du processus de gestion financière. Des outils d'analyse de performance sont déployés et contribuent à l'optimisation de l'utilisation des ressources. Tous les nouveaux cadres sont rencontrés individuellement et bénéficient d'une session d'information sur les outils de gestion et de contrôle financier utilisés dans l'établissement.

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique.

L'équipe fait bon usage des rapports de performance (analyse de l'efficience) comparative pour évaluer la performance des unités et services et orienter ses décisions relatives à l'attribution des ressources. Les décisions sont prises sur la base de critères objectifs et permettent de cerner les centres d'activités et d'identifier les cibles de réduction de dépenses. Le cas échéant, les dossiers font l'objet d'une démarche d'optimisation dont les gains permettent d'atteindre les objectifs d'optimisation.

Au cours de la dernière année, l'établissement a conduit d'importants travaux pour cerner les zones de non-performance des secteurs cliniques et administratifs et élaborer des stratégies pour mettre en œuvre des projets de réorganisation et développer les compétences des cadres qui se sont vus confier une plus grande imputabilité eu regard à la gestion des ressources. Les décisions sont prises sur la base de critères objectifs.

L'équipe fait également preuve d'audace et d'une vision proactive en travaillant sur un projet novateur de gestion et d'amélioration de la performance qui inclut l'analyse de la performance, le soutien à l'amélioration continue de la performance, la gestion du portefeuille de projets ainsi que le pilotage de la performance. Parmi les principales réalisations, notons :

- la mise en place d'une salle de pilotage stratégique,
- la mise en place d'un bureau de projets pour encadrer la démarche liée à l'optimisation de la performance clinique et administrative et coordonner le portefeuille de projets,
- mise sur pied d'un infocentre visant à appuyer l'analyse de la performance organisationnelle.

Ce projet d'établissement démontre bien le niveau d'appropriation des équipes à l'égard des systèmes d'information clinique et administratifs, de différentes composantes de la performance et de leur capacité à établir des liens entre les différents dossiers liés à la performance (suivis des priorités organisationnelles et de l'entente de gestion, cibles budgétaires, portefeuille de projets, projets d'optimisation et amélioration continue) et de faire évoluer l'organisation vers un modèle de gestion qui vise à augmenter la performance globale de l'établissement.

Nous félicitons également l'établissement pour ses efforts visant à associer les médecins à la gestion et à la revue des processus et des pratiques cliniques. Le projet de co-gestion médicale est en soi une initiative structurante qui doit être consolidée.

L'équipe porte une attention particulière à l'intégrité des données.

Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques a proposé à ses clients une offre de service complète et diversifiée. Elle a élaboré des stratégies d'actions transversales en soutien aux directions. Le plan d'action de la direction prend en compte la mise en place de stratégies d'action et de rétention des employés, la gestion efficace des ressources, la fidélisation des ressources et le développement organisationnel. Les membres de l'équipe sont sollicités et impliqués dans tous les projets de réorganisation du travail.

L'équipe se veut un partenaire stratégique et a introduit une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le perfectionnement professionnel et l'approche client. Le plan d'organisation de la direction compte cinq conseillers en ressources humaines affectés à des directions spécifiques et qui agissent en partenariat avec l'équipe de gestionnaires pour aborder les dossiers de main-d'œuvre.

L'établissement a fait de la reconnaissance une priorité. Plusieurs activités de reconnaissance sont offertes aux employés, mais l'établissement, conscient des préférences différentes des employés des diverses catégories d'âge ou de secteur d'activités, est à réviser et à améliorer son programme. À cet effet, nous suggérons qu'un groupe de travail soit mis sur pied pour proposer un programme de reconnaissance organisationnel susceptible de satisfaire les attentes de tous les employés.

L'organisation est félicitée pour les efforts déployés pour aider les cadres à développer les compétences de gestion requises pour actualiser les priorités et projets établis à la planification stratégique. Le module informatique - Espace Gestion - est un bel exemple des solutions innovantes mises de l'avant par l'équipe pour développer les capacités de leadership des gestionnaires face aux nouveaux défis de gestion.

Le programme annuel de formation et de perfectionnement s'inscrit dans un processus bien structuré. La collecte des données s'effectue auprès des directions et services et nous avons constaté que le personnel des différents services était généralement consulté sur ses besoins en formation et en perfectionnement. Le plan est préparé par la direction des ressources humaines et approuvé par le comité de direction. Il n'y a pas de mécanismes officiels de consultation des conseils de professionnels (CII et CM) et du syndicat,

bien qu'ils soient informés du plan final. Ce mécanisme de consultation est prévu dans les dispositions locales des conventions collectives. Bien que nous n'ayons pas constaté de réactions négatives à l'égard de la procédure actuelle, nous invitons l'organisation à réviser son processus d'élaboration du plan annuel de formation pour prévoir des mécanismes de consultation de ces instances.

L'établissement a mis en place un processus structuré d'accueil des nouveaux employés. Ce programme répond adéquatement aux besoins de gestion administratifs des dossiers et assure la communication de la mission, de la vision et des valeurs de l'établissement.

La relance du programme d'appréciation de la contribution du personnel demeure encore à ce jour un défi pour l'organisation. Nous invitons la direction à poursuivre ses efforts visant l'implantation du programme comme mesure de développement et de mobilisation et de continuer à mesurer le degré d'atteinte de l'objectif, de transmettre trimestriellement des rapports de gestion au comité de direction et d'effectuer des relances auprès des cadres.

L'équipe est par ailleurs félicitée pour la démarche entreprise concernant -l'expérience employé-, laquelle permet aux employés de discuter de leur parcours et leurs expériences en tant que membre de l'organisme.

Les interventions pour faire cesser la violence au travail sont pertinentes. Les politiques et procédures ont fait l'objet d'une révision et un plan de communication et d'appropriation de très grande qualité a été mis en œuvre. La direction favorise le règlement des situations en confiant au cadre de premier niveau le soin de proposer un plan de rétablissement incluant la médiation entre les travailleurs. La direction des ressources humaines est interpellée pour tous les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'un règlement.

Plusieurs activités d'amélioration de la qualité de vie au travail sont présentes dans l'organisme, mais nous suggérons que soit élaboré un programme structuré d'amélioration de la qualité de vie au travail, incluant des stratégies et un plan d'action. Un tel programme devrait faire l'objet d'une consultation auprès des employés et bénéficier de leur participation.

Les fiches signalétiques (SIMDUT) sont difficiles ou impossibles à obtenir dans plusieurs secteurs de l'Hôpital Pierre-Boucher et de l'Hôpital Honoré Mercier. Par contre, elles sont disponibles dans les services de buanderie et d'hygiène et salubrité des trois hôpitaux visités et dans l'ensemble des services.

Enfin, nous notons avec appréciation le caucus de la direction logistique qui étudie quotidiennement la charge de travail et le niveau de stress des employés dans l'optique d'une gestion préventive de santé et sécurité au travail. Notons également la démarche préliminaire d'évaluation des risques mise en œuvre dans les services de la buanderie et du magasin qui a été réalisée il y a plus d'un an.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
3.3 Les équipes, les usagers et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité.	

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

L'équipe est félicitée pour la qualité des outils de communication et les activités réalisées dans le cadre de la préparation à la visite d'agrément. Le plan de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de l'agrément à toutes les catégories d'employés sont éloquents.

La direction rend accessible des tableaux de bord de gestion des risques. En rendant disponible une information plus précise, les situations à risques sont plus concrètes pour les professionnels et ces derniers sont plus en mesure d'analyser les données et améliorer la sécurité des usagers. La direction doit porter attention à la nécessité de poursuivre ses efforts de soutien aux équipes de cadres pour s'assurer de leur implication dans le processus de communication des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de leurs équipes.

L'établissement a mené une analyse prospective liée à la sécurité des usagers dans les unités d'encadrement intensif du CRJDA, laquelle a été réalisée avec l'apport d'un jeune et sa famille. Cette analyse a fait l'objet d'un dépôt et d'une présentation aux directeurs concernés. Un plan d'action a été élaboré au cours du mois de mars pour assurer l'implantation des améliorations appropriées. Nous invitons l'équipe à mettre en œuvre les améliorations et faire le suivi des recommandations. À l'embauche, les employés participent à une session d'accueil, laquelle prévoit une formation e-learning sur la gestion des risques. Lors d'une journée d'orientation, l'employée rencontre la conseillère en gestion des risques et son supérieur immédiat, qui donnent une information complète sur les mécanismes de déclaration des incidents et accidents et sur les principaux risques identifiés dans son secteur d'activité.

Les principes au regard de la déclaration des événements indésirables et des accidents et incidents sont bien établis dans la politique et bien intégrés par les professionnels. Dans le cadre des modifications apportées par la refonte du formulaire de déclaration des incidents et des accidents (AH-223), les employés ont bénéficié de formation. Toute la documentation en appui à la démarche a été révisée. Un programme intégré de gestion des risques a été élaboré et implanté. Un processus structuré d'identification des risques organisationnels a été utilisé auprès des directions et un processus structuré a

été utilisé pour déterminer le niveau de traitement des risques identifiés. Un plan d'action détaillé a été élaboré pour s'assurer du suivi et de la mise en œuvre des recommandations. L'établissement est invité à poursuivre l'exercice.

Nous avons par ailleurs constaté des difficultés sur le plan du processus de communication et de discussion des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les équipes. Peu de moyens ont été mis en place dans les équipes pour atteindre cet objectif. Dans plusieurs services, cette activité n'est pas encore entièrement intégrée à l'ordre du jour des réunions et les gestionnaires étaient à la recherche de moyens pour assumer cette responsabilité. Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes devraient également prendre en compte l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats des usagers.

Le programme de gestion des risques est bien déployé dans l'organisme. Plusieurs activités de sensibilisation ont été effectuées pour s'assurer de la mise en application des processus et procédures de gestion des risques. Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des Incidents et des accidents et de divulgation. Les événements indésirables sont analysés et un suivi est effectué par la mise en œuvre de mesures correctives. L'information est transmise aux intervenants, aux directions et au conseil d'administration.

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

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

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

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

Depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est, les comités d'éthique clinique des trois établissements à vocation hospitalière ont été maintenus et ont poursuivi leur offre de services. Les équipes ont fait preuve d'une grande compétence et d'une grande stabilité, et elles ont plusieurs réalisations à leur actif, dont la rédaction de plus d'une centaine d'avis et recommandations éthiques.

Au cours de la dernière année, un comité de travail, sous la gouverne de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, a été mis en place pour élaborer et mettre en œuvre un cadre de référence en matière d'éthique qui tient compte de la nouvelle réalité et de la philosophie de gestion de la nouvelle équipe de direction. À la suite d'une vaste consultation qui a mobilisé près de 900 personnes, dont des employés, cadres, médecins, partenaires, patients-familles, etc., un cadre de référence en éthique et le code d'éthique ont fait l'objet d'une approbation par le conseil d'administration à la séance du 24 avril 2017.

Nous félicitons l'équipe pour la démarche de consultation et la réalisation du code d'éthique dont le contenu est facilement accessible au personnel.

Le tout nouveau modèle en éthique clinique intègre trois composantes principales dont, les valeurs de l'organisation, le système de gestion et le cadre de gestion éthique. Il constitue un ensemble de repères et oriente le travail, les actions et les décisions de tous les acteurs de l'organisation.

Ce nouveau modèle favorisera une plus grande décentralisation de la prise en charge des situations cliniques en priorisant l'analyse des cas et la recherche de solutions par des rencontres, des discussions et une réflexion éthique en équipe. Appuyée par des spécialistes en éthique clinique, cette façon de faire favorise une plus grande appropriation du processus d'analyse et de la recherche de solutions par les équipes de professionnels.

Nous invitons les membres de l'équipe à actualiser la démarche d'appropriation prévue à l'automne 2017 et, ultérieurement, le processus d'évaluation et de suivi de la démarche afin que les repères nécessaires pour orienter le travail, les actions et les décisions de tous les intervenants de l'organisation soient mis en place.

Sur les aspects de la recherche, notons que l'organisation ne mène pas de projet de recherche fondamentale, mais elle participe à des projets de recherche locaux et multicentriques. Un comité d'éthique de la recherche est en place. Le cadre réglementaire lié à l'éthique de la recherche a été adopté

par le conseil d'administration. La documentation concernant la formulation d'une demande d'évaluation d'un projet multicentrique, l'évaluation d'un projet de recherche, le renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche et le formulaire d'information et de consentement est complète.

Nous invitons les membres du comité à porter une attention particulière aux coûts indirects de la recherche qui peuvent être assumés par l'organisation s'il ne sont pas liés au protocole de recherche. Le comité devrait énoncer des règles claires à cet effet.

Tous les projets de recherche font l'objet d'une approbation par le conseil d'administration à la suite d'une recommandation du comité d'éthique de la recherche. Le comité fait rapport annuellement de ses activités au conseil d'administration.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Le plan directeur des communications 2016-2018 a été adopté par le conseil d'administration. Ce plan prévoit des stratégies de communication interne et externe. Les besoins de communication sont évalués avec tous les partenaires de l'établissement. L'équipe expérimentée a rapidement mis en place des moyens de communication et est venue en soutien aux autres équipes pour répondre aux besoins. Les outils élaborés par l'équipe de communication de l'établissement pour le Centre de répartition des demandes de services de la Montérégie sont considérés comme un modèle (accès aux services spécialisés).

Des activités d'évaluation de l'efficacité des relations avec la communauté sont effectuées. Même si de nombreux gestionnaires participent à des activités de représentation pour l'établissement, il est suggéré de déterminer l'étendue et les règles de cette participation.

Le site Internet « L'Espace SavoirS » est un outil fort intéressant pour la diffusion et le transfert des connaissances basées sur les bonnes et les meilleures pratiques aux intervenants.

En ce qui a trait au droit à la vie privée des usagers, des mesures concrètes sont présentes pour assurer la sécurité des données informationnelles et des renseignements contenus au dossier des usagers. Une équipe au sein du service informatique se consacre à la sécurité et à l'intégrité du réseau informatique. Un comité multidisciplinaire à l'égard de la confidentialité a élaboré une stratégie intéressante pour faire la promotion de la confidentialité. Un questionnaire a été rempli par plus de 800 personnes, ce qui permettra au comité de déterminer les actions à mettre de l'avant de façon continue.

Les politiques et procédures liées au dossier de l'utilisateur sont présentes dans chaque installation visitée. Une stratégie doit être élaborée pour s'assurer que les délais sont respectés pour remplir les dossiers des usagers.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	
9.10 Des mesures sont prises, y compris l'adoption de systèmes d'appoint, pour réduire les répercussions des pannes de services publics sur la santé et la sécurité des usagers et de l'équipe.	
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives	
3.2 Le secteur où se déroulent les interventions invasives est constitué de trois niveaux d'accès de plus en plus limité : zone d'accès non limité, zone d'accès modéré et zone d'accès limité.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Tous les registres obligatoires sont présents : présence d'amiante (calorifuge et flochage), façade de maçonnerie d'édifice de plus de cinq étages, dispositifs anti-refoulement et casse-vide, température de l'eau des bains et douches, légionelle pour les tours d'eau et l'ensemble du réseau. En ce qui a trait au registre sur l'amiante, une équipe a produit une catégorisation visuelle à l'aide de plans en ajoutant la présence possible d'amiante sur les murs de gypse et de plâtre et dans les planchers, ce qui est très utile pour le personnel. Un plan d'amélioration est rédigé pour répondre aux recommandations du rapport sur les façades de maçonnerie.

Une politique de santé environnementale et de développement durable est en cours d'adoption. Cette étape permettra de confirmer les actions déjà entreprises et soutenir les prochaines initiatives. Le tandem services techniques et prévention et contrôle des infections est intégré pour la sécurité des usagers durant les constructions, réparations et rénovations.

L'Hôpital Pierre-Boucher a obtenu en 2014 une certification de niveau 3 Boma BEST Santé. Elle est valide jusqu'en 2017 et l'établissement évalue la possibilité du renouvellement.

Pour améliorer le taux de filtration au bloc opératoire de l'Hôpital Pierre-Boucher, un projet de remplacement du système de ventilation est prévu durant la présente année. Aussi, deux projets importants de remplacement des génératrices (3,8 millions de dollars) et du rehaussement du système de ventilation à l'Hôtel-Dieu de Sorel sont prévus en 2018.

Des services et des unités vivent de l'encombrement par manque d'espace ou d'organisation. Des mesures doivent être mises en place afin d'en réduire l'ampleur et les impacts potentiels.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

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

L'équipe qui s'occupe des mesures d'urgence du CISSS de la Montérégie-Est possède une vaste expérience et elle est reconnue dans la région et auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est une équipe qui a une lourde tâche de mise à jour et d'harmonisation des pratiques du plan des mesures d'urgence. C'est un travail qui demande ardeur, minutie et surtout, une planification de niveau stratégique.

Un travail colossal d'harmonisation du plan de mesure d'urgence est dans sa phase d'élaboration. Les pratiques des anciens établissements sont toujours en vigueur et respectées par les intervenants. Pour les gestionnaires qui doivent couvrir plusieurs installations, cela peut occasionner de la confusion pour ce qui est de connaître les particularités des différents plans. La formation des codes rouge et vert donnée dans la dernière année est un succès auprès des intervenants. Chaque intervenant rencontré se souvient de cette formation. Elle est considérée comme très dynamique. C'est une formation simple et complète qui pourrait servir de modèle pour d'autres établissements.

Par ailleurs, la réalisation d'exercices d'évacuation doit faire partie intégrante de la stratégie. Des exercices ont été réalisés dans la dernière année, par exemple, d'évacuation opérationnelle au laboratoire à l'Hôpital Honoré-Mercier ou de type discussions (exercice sur table) dans les deux autres hôpitaux, ainsi que le code orange (exercice de table). L'équipe nous a présenté une planification d'exercices pour les trois prochaines années.

Au cours de notre visite, nous avons remarqué que plusieurs plans d'évacuation affichés sur les murs des corridors de l'Hôpital Pierre-Boucher et de l'Hôpital Honoré-Mercier devaient être mis à jour. Cette mise à jour fait partie des préoccupations de l'équipe.

Des chariots d'intervention en incendie ou lors de déversement sont présents et très bien organisés. Les rôles et responsabilités des intervenants cliniques et des agents de sécurité doivent faire l'objet de réflexion et de clarifications à l'égard du code blanc, surtout à l'Hôpital Honoré-Mercier, où un plus grand nombre d'incidences est déclaré.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

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

Le CISSS de la Montérégie-Est a instauré un modèle de gestion du cheminement des clients intégré, impliquant des responsables de la coordination des hôpitaux Pierre-Boucher, Honoré-Mercier et Hôtel-Dieu de Sorel. Ce modèle de gestion permet d'optimiser le cheminement des usagers tant à l'intérieur des hôpitaux qu'auprès des partenaires du réseau en amont et en aval de l'hôpital et favorise la collaboration de l'ensemble des intervenants tant médicaux que paramédicaux.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique	
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
3.5 Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!
7.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
15.1 Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	
15.10 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Des activités d'amélioration continue de la qualité se déploient dans les différents sites sous forme d'audits, de projets de renouvellement d'équipement, de standardisation des politiques et procédures de retraitement, de formations spécifiques à l'intention du personnel assigné au retraitement des dispositifs médicaux, et autres. Des indicateurs sont identifiés et suivis afin de mesurer l'atteinte d'un niveau de conformité élevé en partenariat avec le service de prévention des infections. On note des activités concrètes afin d'harmoniser les politiques et procédures entre les différents services par le biais de rencontres formelles entre les partenaires. Par exemple, le projet de mise aux normes du retraitement des sondes endocavitaires témoigne de cette collaboration interdisciplinaire.

La cohabitation d'articles souillés entre les aires de nettoyage et le secteur propre demeure une préoccupation dans certains secteurs. Le manque de locaux répondant aux normes d'aménagement pour le nettoyage d'articles requis lors de procédures hors de l'unité de retraitement demeure aussi un enjeu.

Nous invitons l'organisme à poursuivre les activités d'amélioration en intégrant les résultats des différents audits à l'intérieur d'un plan opérationnel standardisé afin de prioriser les actions avec les parties prenantes. La consolidation de la co-gestion clinico-administrative entre les partenaires (prévention et contrôle des infections, hygiène et salubrité, microbiologistes, etc.) facilitera l'atteinte de la conformité des procédures de retraitement. De plus, la poursuite d'un plan de formation standardisant les compétences des préposés en retraitement des dispositifs médicaux contribuera au maintien de la qualité.

Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

Santé et bien-être de la population

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	
5.5 L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
6.5 L'organisme utilise le système d'information pour produire régulièrement des rapports sur le rendement et la conformité aux lignes directrices, et pour améliorer les services et les processus.	
7.4 L'organisme compare ses résultats à ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	

L'organisation est félicitée pour le travail réalisé avec les partenaires du Réseau intégré de services (RIS) de Pierre-de-Sorel. Au fil du temps, les membres du RIS ont créé un climat de confiance et développé une certaine maturité. Dans cette perspective, l'organisation est invitée à réaliser des diagnostics plus spécifiques de sa clientèle, et ce, en utilisant et analysant davantage les données de surveillance et les données qualitatives des partenaires et organisateurs communautaires.

Ces travaux permettent au RIS de rehausser sa vision globale de l'ensemble de sa clientèle cible, de cerner les populations qui risquent de connaître des problèmes de santé mentale et de dépendance, d'obtenir des portraits de santé spécifiques à la clientèle du RIS, de connaître les principaux déterminants de la santé qui influencent les conditions de vie, et enfin, de savoir où ces clientèles se répartissent sur le territoire.

Ces travaux permettraient également de planifier des interventions, services et projets qui porteraient sur l'ensemble des composantes du continuum d'intervention (promotion de la santé, prévention, protection, dépistage, traitements...).

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

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

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Services de diagnostic – Imagerie

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.11 Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour l'utilisation des médicaments expérimentaux qui est conforme aux règlements de Santé Canada.	
9.5 La pharmacie dispose d'un processus de détection et de résolution des problèmes liés à l'expédition des médicaments.	!
11.4 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
19.2 Un pharmacien ou un autre membre de l'équipe qualifié vérifie dans les meilleurs délais si les médicaments appropriés ont été délivrés après les heures normales d'ouverture.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

La gestion des médicaments dans l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Est est organisée, très sécuritaire et interdisciplinaire, et comporte une importante utilisation de la technologie.

Les processus et formulaires d'ordonnances pré-imprimées sont déjà harmonisés pour la plupart grâce à une belle collaboration avec l'équipe médicale, le service de pharmacie et les soins infirmiers.

L'organisme a investi pour remplacer tous les chariots de médicaments qui étaient problématiques et pour l'achat de nombreux cabinets décentralisés. Ces derniers facilitent la gestion sécuritaire des narcotiques, électrolytes concentrés, héparine et autres produits à niveau d'alerte élevé. Par contre, certaines unités visitées ne bénéficient pas de cette technologie. Tous les réfrigérateurs sont aussi propres et munis d'un thermomètre afin de vérifier leur bon fonctionnement.

Des investissements ont aussi été réalisés pour mettre à niveau les lieux de préparation de produits stériles dans les pharmacies et en oncologie.

Le service de pharmacie est très bien structuré, innovateur et suit une approche rigoureuse. Toutes les aires de travail en pharmacie étaient très calmes et propices à la concentration.

Les pharmaciens cliniciens sont disponibles dans la majorité des secteurs, surtout aux hôpitaux Pierre-Boucher et Honoré-Mercier.

L'appréciation de la contribution a été effectuée en groupe et sous-groupes au service de pharmacie. Les rencontres individuelles sont à venir.

Réalisations à souligner :

- l'harmonisation de la très grande majorité des processus et même du formulaire des médicaments, et
- l'organisme a profité de la fusion pour rehausser ses processus en adoptant la meilleure pratique pour les trois RLS.

Défis :

- les processus reposent beaucoup sur la technologie et l'équipe travaille sur un plan de relève qui pourrait mettre à profit les occasions de fusion (p. exs redondance entre les sites),
- plusieurs audits sont réalisés et des mesures sont prises; toutefois, les comités sont invités à établir un calendrier et à se donner des objectifs selon la méthodologie SMART,
- les effectifs de pharmaciens sont précaires; par exemple, lors de congés de maternité, en particulier au sein de deux des trois sites. Par contre, l'engagement de certains pharmaciens qui acceptent de dépanner et de se déplacer d'un site à l'autre au besoin est à souligner, et
- l'implantation du BCM à l'admission, au transfert et au congé dans les services ciblés, de façon constante, est un défi.

Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie	
3.8 Les membres de l'équipe qui administrent un tranquillisant ou qui assurent la surveillance des clients sous sédation doivent avoir un certificat de compétence en réanimation cardiorespiratoire qui est à jour.	!
4.5 Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
17.14 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie	

Le service d'imagerie médicale a bénéficié de travaux d'immobilisation dans différents secteurs de l'organisation: médecine nucléaire, échographie, salles d'attente. Les données statistiques associées à l'accès aux services d'imagerie médicale font l'objet d'un suivi régulier et des actions témoignent d'une ouverture à faciliter l'obtention de rendez-vous dans les délais prévus. Un plan d'action comprend une priorisation des activités pour lesquelles des indicateurs sont identifiés et font l'objet d'un suivi clinico-administratif en partenariat avec le chef de département et les chefs de service en radiologie.

Un comité de sécurité ayant pour mandat d'assurer la qualité et la sécurité des services d'imagerie, composé des principaux acteurs, est en place dans les trois sites. La standardisation des procédures clinico-administratives est en cours et soutenue par les chefs de service afin de rehausser les normes de pratique en collaboration avec l'équipe médicale.

Le niveau de satisfaction des partenaires envers le service d'imagerie médicale est très bien. On note une collaboration médicale efficace avec l'équipe de radiologistes dans les secteurs.

Afin de poursuivre les activités d'amélioration, des activités de simulation d'urgences médicales, de la formation en réanimation cardio-respiratoire pour tous les technologues, et la disponibilité d'espaces réservés aux effets personnels de la clientèle peuvent constituer des pistes intéressantes.

L'organisme est invité à formaliser des rencontres avec des usagers et proches afin d'intégrer leurs points de vue lors de projets d'amélioration des services : projet de rénovation des lieux physiques, évaluation de la qualité de l'accueil, etc. Ces renseignements peuvent bonifier l'élaboration et le suivi du plan d'amélioration du service.

Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	 PRINCIPAL
10.7 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	!
10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Toutes les équipes rencontrées sont d'accord pour mettre de l'avant l'apport de l'utilisateur et de la famille lors de la mise en place des prochains projets de qualité. Les gens sont suffisamment convaincus en raison des résultats observés suivant la mise en place des indicateurs de qualité au quotidien.

Processus prioritaire : Compétences

En fonction des soins dispensés aux usagers, les équipes et l'infirmière-chef déterminent des besoins de formation et de perfectionnement. Cette activité peut se faire lors des échanges qui ont lieu par le biais des évaluations de rendement de groupe tenues.

Ces évaluations sont une mesure de rechange ingénieuse mise de l'avant qui ont l'avantage de favoriser la cohésion des membres au sein de l'équipe.

Les chefs d'unités rencontrés mentionnent avoir des objectifs établis par leur direction en ce qui concerne l'appréciation de la contribution individuelle des employés sous leur supervision.

Il est important de souligner le dévouement et l'implication des gestionnaires cliniques rencontrés. Les problèmes sont discutés en équipe et des solutions sont mises de l'avant rapidement après les rencontres afin d'en faire bénéficier l'utilisateur, et ce, le plus rapidement possible.

Lorsqu'une nouvelle pompe à perfusion est mise en opération, l'équipe reçoit la formation appropriée et une relance sous forme de capsule d'information d'une durée de 15 minutes est faite au besoin.

Divers outils sont en place pour faciliter le transfert des renseignements concernant les soins de l'utilisateur, entre les unités (parfois, le transfert des renseignements se fait par téléphone et ou en personne entre unités de soins). Toutefois, les critères pour déterminer le moyen ne sont pas systématiquement définis. Au transfert de quart de travail, il y a différents outils utilisés, échanges verbaux ou sur papier. Il serait bon de les évaluer et d'en adopter un seul qui fasse l'unanimité auprès des équipes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il existe un formulaire standardisé sur les unités de soins visitées au moment de l'admission de l'utilisateur.

Lorsque l'état de l'utilisateur se détériore, ce dernier est dirigé aux soins intensifs en priorité. Il en va de même lorsque l'unité ne peut plus offrir les soins et services à l'utilisateur; ce dernier est alors dirigé vers les services les plus appropriés. Toutefois, l'utilisateur peut demeurer assez longtemps sur civière à l'urgence avant de pouvoir occuper un lit. Tout est mis en place pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Le suivi des durées de séjour se fait de manière systématique et donne des résultats positifs au quotidien dans plusieurs établissements.

Bons coups :

- Réunions des équipes de soins pour le suivi des durées de séjour
- Sensibilisation à répondre et offrir les soins en fin de vie
- Suivi des activités de qualité au quotidien Évaluation du rendement du personnel en groupe

Journal de communication aux équipes de soins

Défis :

- Promouvoir les suivis de qualité au quotidien dans tous les quarts de travail
- Double identification vue comme un réflexe

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes des différentes unités de soins visitées utilisent peu d'outils électroniques ou même aucun dans l'exercice de leurs fonctions auprès des usagers. Lorsque l'outil informatique est présent, il est surtout utilisé par l'assistante infirmière-chef.

Dans toutes les unités visitées, la tenue de dossier est remarquable. Les différents onglets sont visibles et identifient les multiples formulaires. Ces derniers sont remplis selon les règles établies et classés en ordre dans le dossier. Dans certaines unités de soins, les dossiers antérieurs sont numérisés et une feuille sommaire est disponible en début de dossier.

Le service des archives est sollicité lorsque l'utilisateur veut consulter son dossier et l'archiviste se déplace au besoin. De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres des équipes sur l'application des différentes lois. La dernière formation a été offerte sur l'aide médicale à mourir.

Le défi d'ensemble à relever concernant ce processus prioritaire serait d'intégrer l'utilisateur et la famille dans les processus normés d'aide à la décision.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les projets mis en œuvre sont fondés sur des données probantes et s'alignent sur les lignes directrices de l'établissement. On voit que c'est une source fiable et reconnue sur laquelle les professionnels se fondent pour lancer les projets. Ce type d'approche a été documenté par l'équipe qui a participé à l'élaboration du projet de suivi des usagers en oncologie qui montrent des signes de détresse. Lors de l'élaboration du projet, des usagers ont été consultés, ce qui est gage de la plus haute qualité et d'une grande importance pour produire des résultats probants. L'équipe est invitée à diffuser le projet qui va très certainement aider les autres organismes avec cette clientèle vulnérable.

Nous avons noté que des procédures et des protocoles sont mis en place. Lors de la réévaluation, il serait souhaitable d'obtenir l'apport des usagers et des familles de manière systématique. Toutes les équipes rencontrées s'entendent sur le fait que la prochaine étape à franchir sera l'implication des usagers et des familles de manière automatique.

Le suivi quotidien des indicateurs de qualité, dont les chutes, erreurs médicamenteuses et plaies, est une fabuleuse initiative qui mérite d'être soulignée. Les équipes sont encouragées à documenter et à comparer les résultats aux meilleures pratiques et données de recherche afin de faciliter la détermination des prochaines cibles à atteindre.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
6.1 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	!
9.5 La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Depuis la dernière visite en 2015, un nouveau cadre de gestion du programme de prévention et de contrôle des infections a été mis en place, appuyé par un comité interdisciplinaire central pour le CISSS de la Montérégie-Est. Des efforts importants ont été déployés pour favoriser la révision et l'harmonisation des programmes de prévention et contrôle des infections existants, et ceci s'est effectué sur la base des données probantes et des meilleures pratiques existantes, tout en intégrant un plan de surveillance des infections qui a été diffusé à l'ensemble de l'organisation en juin 2016. Ce programme s'est inspiré de diverses approches, tels Qmentum d'Agrément Canada, le modèle intégrateur de la qualité et le plan d'action du ministère de la Santé. Le PPCI définit clairement la participation des intervenants comme les ressources humaines, les services d'hôtellerie et d'alimentation, le retraitement des dispositifs médicaux et la santé et sécurité au travail (SST). Il inclut également la planification de la formation continue à l'intention du personnel, et ce, dans le souci d'offrir des soins et services sécuritaires et de qualité.

Une approche collaborative est adoptée par le personnel clinique, les médecins, les équipes en hygiène et salubrité et le personnel du service alimentaire. Cette approche permet d'améliorer l'adhésion et la conformité au niveau des divers processus rattachés à la prévention et au contrôle des infections (PCI), ce qui influence positivement les résultats des audits sur l'hygiène des mains, le dépistage des infections nosocomiales et le contrôle de la gestion des éclosions.

L'équipe de la PCI mentionne l'importance de la rigueur scientifique qui alimente les différents travaux effectués au niveau de la PCI, ce qui a été particulièrement utile lors de la révision du programme, lors de la mise en place des politiques relatives à la PCI, dans le cadre des divers projets interdirection et interdisciplinaire, et lors des projets d'évaluation de la gestion des éclosions.

Les microbiologistes infectiologues sont très présents et disponibles au niveau du soutien à l'équipe de la PCI. Ceux-ci reconnaissent l'expertise des conseillères en PCI, leur ouverture d'esprit, leur capacité de gérer des situations d'éclosion et leur crédibilité. Le personnel rencontré dans les divers milieux du CISSS de la Montérégie-Est invoque l'apport important de l'équipe de la PCI en ce qui concerne l'accessibilité et la disponibilité des conseillères, ce qui favorise une meilleure gestion de la prévention et du contrôle des infections. Une conseillère en PCI est de garde jour et nuit, sept jours sur sept et peut être jointe en tout temps.

Plusieurs mesures, comme l'isolement et la mise en place d'un traitement rapide, sont appliquées, dans le but de diminuer l'ampleur et la gravité des éclosions. Dès le début d'une éclosion ou d'une infection nosocomiale déclarée, le personnel implique l'utilisateur et la famille, fait la mise à niveau des renseignements et des précautions à prendre, et avertit les proches s'il doit y avoir restriction de visites.

Au niveau de la formation, l'ensemble des personnes rencontrées mentionnent avoir suffisamment de formation et d'information concernant la PCI. Les équipes de conseillères reçoivent plusieurs formations pour maintenir à jour leur niveau de compétence, par exemple, la surveillance des infections nosocomiales au Québec, la formation concernant les normes CSA au niveau de la construction, les mesures d'hygiène et de salubrité au regard du Clostridium Difficile et la formation sur maladie de Lyme.

Il y a lieu de féliciter le service de l'alimentation qui a été visité par le Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec (MAPAQ) avec aucune mention de non-conformité.

Il y a lieu de souligner le travail accompli par l'équipe d'hygiène et salubrité, avec les gestionnaires de divers secteurs. On retrouve à l'Hôpital Honoré-Mercier un espace fermé et bien aménagé pour les divers équipements concernant les zones grises, où il n'existe pas de cohabitation entre le souillé et le propre, bravo, une initiative à élargir dans les autres installations.

L'équipe est encouragée à mettre en place un mécanisme pour recueillir les commentaires des partenaires, dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts.

Il en est de même pour le travail amorcé concernant les audits sur l'hygiène des mains, afin d'atteindre la cible de conformité du MSSS de 80 % d'ici l'an 2020, auprès des clientèles infirmières et infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et des médecins.

Projets qui ont attiré notre attention :

- coup de cœur pour les projets interdirection, interdisciplinaire, avec une rigueur scientifique basée sur des données probantes et les meilleures pratiques, le tout intégré dans une démarche et méthodologie du CISSS de la Montérégie-Est;
- programme d'audits concernant le marquage fluorescent par le service d'hygiène et salubrité qui a mérité deux prix de reconnaissance au niveau provincial;
- pratique exemplaire en hôtellerie concernant la désinfection des surfaces et la propreté des lieux du service alimentaire du Centre hospitalier Honoré-Mercier, permettant d'assurer la sécurité et la qualité des aliments et des repas offerts.

Enjeux et défis à venir :

- implication de l'utilisateur et de la famille dans la prise de décisions et dans des comités concernant la PCI;
- harmonisation des pratiques pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Est
- atteinte des cibles du MSSS au niveau de la PCI.

Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
8.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
6.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
11.1 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!

<p>11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>11.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>11.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>11.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>11.7 SOINS EN CONSULTATION EXTERNE SEULEMENT : L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris, en partenariat avec les usagers, les familles ou les soignants, pour un groupe cible d'utilisateurs en consultation externe qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers en consultation externe).</p> <p>11.7.1 Les critères pour un groupe cible d'utilisateurs en consultation externe qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.</p> <p>11.7.2 Un MSTP est produit pour les usagers en consultation externe du groupe cible en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

23.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
23.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
23.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Bien que tous les projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, l'accessibilité et la fluidité tournent autour d'un dénominateur commun, soit l'utilisateur, le concept de son intégration comme personne-ressource devrait être développé et mis en application pour que son apport soit pleinement concrétisé au sein de l'organisation. Il serait pertinent que cette approche soit priorisée par le personnel d'encadrement de différents niveaux.

Processus prioritaire : Compétences

Projet d'élimination des risques potentiels de luxation en post-chirurgie de la hanche

L'excellent projet implanté par le chef du service de chirurgie pour éliminer les risques potentiels de luxation en post-chirurgie de la hanche témoigne de l'adhésion de l'équipe à l'offre de soins sécuritaires et de qualité. Il s'agit d'une formation sur la mobilisation des usagers en orthopédie selon une approche sécuritaire lors de la mobilisation des usagers. Les participants à cette formation apprennent les techniques particulières et adaptées lors des mobilisations que requiert la clientèle. De plus, ils apprennent à diminuer les risques de chute et de complications postopératoires. La formation a été effectuée dans les trois installations du CISSS de la Montérégie-Est. Plus de 80 % du personnel infirmier, des infirmiers-auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires ont été formés.

La formation est partagée avec les maisons d'enseignement (coordonnateurs et professeurs de stages).

Les retombées positives ont été observées immédiatement après cette formation. En effet, à ce jour, aucune luxation n'a été notée depuis juin 2016 à l'Hôpital Pierre-Boucher.

La pérennité de cette formation devrait être maintenue en offrant la formation par voie informatique, comm, par exemple, l'Espace-savoir sous forme de vidéo interactive. Il serait important d'évaluer l'impact de ce projet dans les trois installations et de comparer les résultats avant et après son implantation.

L'organisme est soucieux de la formation de ses employés. Différents cours leur sont offerts en tenant compte de leur champ de pratique : Visio conférence, apprentissage en ligne, Espace-savoir, colloques, conférences, ateliers et le transfert des connaissances suivant la participation d'un membre de l'équipe à une activité de formation.

La collaboration interdisciplinaire au sein des équipes est remarquable, incluant la participation des médecins. Le personnel est fier de décrire la composition des membres de l'équipe comme étant une grande famille soucieuse du travail bien fait et ayant l'utilisateur comme priorité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Endoscopie

Dans un souci d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et des services à la population de son territoire, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est a procédé à l'ouverture de 2,5 salles additionnelles d'endoscopie, dont 0,5 à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel, une à l'Hôpital Honoré-Mercier et une à l'Hôpital Pierre-Boucher. Deux d'entre elles sont rattachées au Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). En ce qui concerne les services d'endoscopie digestive à l'Hôpital Pierre-Boucher, l'établissement est invité à revoir l'organisation des services. Les autres installations du CISSS de la Montérégie-Est devraient être mises à contribution dans le but d'optimiser les ressources et de diminuer la liste d'attente de cet hôpital.

La rénovation de l'unité d'endoscopie à l'Hôpital Honoré-Mercier a permis d'avoir une installation moderne. La mise à niveau de l'unité d'endoscopie digestive dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) permet d'offrir un excellent service à la population du territoire. Les usagers rencontrés sont très satisfaits de la qualité des soins et des services qui y sont offerts.

Comité d'harmonisation

Dans un contexte de fusion de plusieurs établissements, les comités d'harmonisation du CISSS de la Montérégie-Est sont dignes de mention. Différents protocoles, politiques et procédures sont en cours d'harmonisation. Les comités conjoints du bloc opératoire des trois hôpitaux sont très actifs et travaillent conjointement sur différents dossiers pour harmoniser les pratiques et standardiser différents formulaires et guides cliniques. De plus, il existe une dynamique importante de transfert de connaissances ou de partage du savoir.

Comité de gestion de la liste d'attente

La mise en place du Comité de gestion de la liste d'attente en chirurgie dans les trois hôpitaux du CISSS de

la Montérégie-Est permet de suivre rigoureusement la liste d'attente en chirurgie. Bien qu'il y ait place à l'amélioration, nous avons observé une diminution constante du délai de chirurgie et une augmentation du taux d'occupation des salles. À l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel, des plages réservées pour les consultations en médecine interne et en cardiologie pourraient contribuer à diminuer le délai d'attente.

Chirurgie bariatrique

L'Hôpital Pierre-Boucher est un centre désigné pour la chirurgie bariatrique. Ce service est assuré par une équipe interdisciplinaire dévouée. Un projet de suivi systématique permet d'améliorer le suivi post-opératoire.

La planification du congé

Des rencontres interdisciplinaires de planification du congé ont lieu tous les matins dans le but d'identifier les obstacles et d'y apporter des solutions afin d'éviter toute prolongation évitable de la durée de l'hospitalisation et assurer la fluidité du service.

Chirurgie d'un jour de la prothèse totale de la hanche

Le projet de chirurgie d'un jour de la prothèse totale de la hanche à l'Hôtel-Dieu de Sorel est une excellente initiative qu'il faudrait encourager en mettant en place les structures d'encadrement appropriées pour assurer la réussite et la pérennité de ce projet.

Procédure de marquage

La procédure de marquage du site opératoire pour la prestation sécuritaire des soins et des services lors de la réalisation de certains types de chirurgie est encore un document de travail. Il serait pertinent de la faire approuver par les instances concernées et la standardiser dans les trois hôpitaux du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est

Suivi systématique

Le suivi systématique pour la chirurgie orthopédique mérite d'être mentionné. Toutefois, l'équipe devrait être encouragée à effectuer un suivi après le transfert, auprès de l'utilisateur ou de sa famille, pour s'assurer d'une transition harmonieuse et de l'évolution post-opératoire. Cette relance de contrôle à la fin des services pourrait permettre d'évaluer et d'améliorer la qualité de la transition.

Financement axé sur l'utilisateur

Il serait pertinent que le dossier du financement axé sur l'utilisateur soit pris en compte par les équipes du Comité d'harmonisation pour l'élaboration et l'implantation standardisée de ce projet.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes de l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôtel-Dieu de Sorel pourraient bénéficier d'une mise à jour du logiciel Opera. Cela leur permettrait de standardiser la collecte de données, d'améliorer la qualité des indicateurs et d'obtenir une base de données pour la comparaison inter-établissements afin d'apporter des améliorations sur le plan de la gestion du service de chirurgie, le cas échéant.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Participation des usagers et de la famille

Le concept de la participation des usagers et de la famille au sein des différentes activités de l'organisme, telles que la conception et la planification des services, la rédaction des procédures et des protocoles et des lignes directrices, n'est pas encore intégré dans les services, à l'exception de la participation des usagers et des familles lors du projet de rénovation de l'unité d'endoscopie à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel. Par ailleurs, les usagers et les familles devraient être considérés comme étant des personnes-ressources en ce qui concerne l'élaboration des stratégies et des indicateurs. Leur apport devrait également être pris en considération lorsque les gestionnaires et les membres de l'équipe déterminent les objectifs d'amélioration de la qualité.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments dans les salles d'opération des trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est est conforme aux normes.

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

3.11	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
4.5	L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.10	Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
8.11	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan de soins et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
9.2	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
9.2.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	PRINCIPAL
10.8	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!

13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.6	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

- 15.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation est félicitée pour les efforts consentis à la création d'un climat de travail agréable. L'animation réalisée par les gestionnaires autour de la politique de civilité au travail porte fruit. La mobilisation, la rigueur, l'entraide, l'adhésion et la solidarité du personnel des soins ambulatoires et ses gestionnaires méritent d'être soulignées. À plusieurs reprises, les usagers ont manifesté une grande satisfaction quant au respect du personnel à leur égard

Processus prioritaire : Compétences

Un travail rigoureux est réalisé au niveau de la gestion des ressources humaines. L'organisme est félicité pour les efforts consentis à la réalisation des appréciations au rendement, à la mise à jour de la description des tâches et des profils de poste, à la rigueur du suivi des renouvellements de permis et, surtout, à son souci de développer et de maintenir les compétences de son personnel en soins ambulatoires. Des formations en lien avec les tâches sont offertes massivement et les membres du personnel sont invités à faire part de leurs besoins en formation à leurs gestionnaires.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les soins ambulatoires ont vu leur volume de soins et leur nombre de protocoles augmenter considérablement. Le personnel et les gestionnaires se sont adaptés et ont innové pour relever ce défi avec brio. À titre d'exemples : la rapidité et l'efficacité du service « accueil clinique » ont été maintenue, voir améliorées, la fluidité des trajectoires de soins entre la médecine de jour et les CLSC (notamment celle en microbiologie) s'est raffinée et la collaboration médecin-infirmière se consolide continuellement. Dans plusieurs sites, la culture d'amélioration continue s'implante. Les équipes ont déjà identifié pour le futur des pistes d'amélioration continue sur lesquelles travailler dans leur service pour répondre à l'augmentation des volumes de service et des protocoles offerts.

L'organisation est félicitée pour la mise en place du comité des tumeurs. La liste des participants à ce comité est exceptionnelle. Cette initiative innovante génère déjà des résultats.

Les efforts massifs et importants consacrés aux POR ont porté fruit. Les résultats sont observables et concluants.

Les usagers et leur famille sont impliqués dans la prestation de leurs soins.

La mobilisation, la rigueur, le respect et le dévouement exceptionnels des membres du personnel et de leur gestionnaire méritent d'être soulignés.

Finalement, l'organisme est invité à produire un plan de soin individualisé pour l'ensemble des usagers des services ambulatoires, autant en CLSC qu'en centre hospitalier.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisation est félicitée pour les procédures rigoureuses quant à la tenue de dossiers. Les informations pertinentes et obligatoires sont consignées adéquatement et permettent un suivi rigoureux du cheminement de l'utilisateur.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation est félicitée pour la qualité des stratégies, approches et mesures déployées en lien avec l'amélioration continue, l'éthique et la sécurité des usagers.

Des efforts importants en termes d'amélioration continue ont été consacrés aux pratiques organisationnelles requises. L'organisme est invité à poursuivre en ce sens en privilégiant des cibles d'amélioration continue qui sont étroitement liées aux orientations stratégiques du MSSS, aux orientations de l'organisation et à celles des soins ambulatoires.

L'organisme est invité à rehausser le suivi et l'évaluation des processus mis en place et à diffuser davantage les résultats obtenus, de manière à rétroagir plus régulièrement avec les membres du personnel et les usagers.

Les usagers et leur famille sont bien informés quant à la prestation de leurs soins et collaborent étroitement avec l'équipe de soins. L'Équipe de visiteurs suggèrent de rehausser l'implication des usagers et des partenaires aux différents mécanismes de planification, prise de décisions, réalisation du suivi et évaluation des soins et des activités et projets en amélioration continue.

Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
11.1 Les usagers et les familles participent activement à la planification et à la préparation de la transition des soins.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.6 Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!

17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



17.4 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.

17.10 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

17.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Il existe un excellent leadership clinique qui inclut une co-gestion médico-administrative ainsi qu'une collaboration interhospitalière remarquable et soutenue depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est. Plusieurs initiatives d'harmonisation des services des soins intensifs par les intervenants responsables des soins critiques du CISSS de la Montérégie-Est ont déjà été réalisées et se poursuivent.

Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté. Les exigences et les lacunes relatives aux ressources sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme dans les trois hôpitaux visités.

Processus prioritaire : Compétences

Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour. De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles dans les trois hôpitaux visités.

Les équipes médicales des trois hôpitaux collaborent sur une base régulière pour offrir une qualité de soins optimale et harmonisée avec les données probantes les plus récentes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les unités de soins intensifs des hôpitaux Pierre-Boucher et Honoré-Mercier sont des unités de type fermées ; l'unité de soins intensifs de l'Hôtel-Dieu de Sorel est une unité ouverte. Les équipes médicales des trois unités entretiennent des liens constants de collaboration mutuelle pour harmoniser leurs pratiques et profiter d'un soutien interpersonnel et interhospitalier indéfectible.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le partage de l'information sur l'usager est coordonné parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'usager et conformément aux lois dans les trois hôpitaux visités.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les initiatives de prévention des complications dans les unités de soins intensifs des trois hôpitaux visités sont en opération partout et ont porté fruit. Les efforts de réseautage ont aussi permis d'harmoniser plusieurs pratiques et d'améliorer la qualité des soins grâce aux échanges sur les meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

De la formation et de l'éducation sont offertes à l'équipe sur la définition de mort imminente, sur l'utilisation des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement, sur les personnes à joindre en cas de possibilité de dons d'organes et de tissus, sur la façon de s'adresser aux familles relativement aux dons d'organes et sur les autres questions relatives aux dons d'organes et de tissus tant à l'Hôpital Pierre-Boucher, qu'à l'Hôpital Honoré-Mercier et qu'à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Des contacts officiels sont maintenus avec Héma-Québec et Transplant-Québec dans les trois hôpitaux visités.

Ensemble de normes : Soins palliatifs et services en fin de vie - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.14 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	
<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>8.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.</p> <p>8.5.4 Le prescripteur utilise MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>8.5.5 L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

14.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

La détermination de buts et d'objectifs des services, s'alignant sur les orientations organisationnelles et les objectifs du « Vrai Nord », a été menée par l'établissement.

Dans le cadre du déploiement de l'expérience usager et de l'usager partenaire, la participation des usagers et des familles dans les aspects de la planification, de la conception et de l'amélioration de la qualité sera à envisager.

Processus prioritaire : Compétences

Les équipes en soins palliatifs fonctionnent en interdisciplinarité. De la formation est disponible pour répondre aux besoins de la clientèle en fonction des meilleures pratiques. Un programme d'orientation est actualisé lors de l'intégration de nouveaux membres.

Les bénévoles disposent de politiques pour préciser leur rôle et leurs responsabilités, en toute complémentarité avec l'équipe. Les questions d'ordre éthique sont abordées aux rencontres interdisciplinaires dans un premier temps et au comité d'éthique lorsque nécessaire. Les membres de l'équipe, les aidants naturels et les bénévoles sont soutenus pour faire face au deuil des usagers. Le personnel reçoit une appréciation de sa contribution régulièrement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il existe un processus structuré pour l'admission des usagers en soins palliatifs, selon certains critères d'admission. Une procédure pour les transferts de la clientèle en provenance du domicile ou d'une unité de soins vers les unités de soins palliatifs est aussi disponible et connue.

Le rôle de l'infirmière consultante en soins palliatifs a été développé afin d'intervenir précocement dans l'épisode de soins et assurer la coordination entre les divers prestataires de services. Cette intervenante facilite la fluidité des services et la complémentarité des ressources mis à la disposition des usagers et de leurs proches. Elle joue un rôle actif dans la promotion des normes et des pratiques exemplaires en soins palliatifs et de fin de vie.

Les services sont offerts conformément au plan de soins établi et aux préférences de l'utilisateur. Des relations positives et riches de sens sont au cœur des services offerts. Les usagers et les proches rencontrés témoignent de leur grande satisfaction à l'égard des soins et services reçus.

Les niveaux de soins sont discutés et consignés au dossier. L'établissement est encouragé à réviser cette activité pour l'harmoniser entre les différents sites, en toute conformité avec les lignes directrices de l'INESSS.

Le soutien à la famille, aux intervenants et aux bénévoles avant et après le décès des usagers est présent et apprécié.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les intervenants concernés par la trajectoire de soins ont accès aux renseignements nécessaires pour appuyer la prise de décisions à l'égard des services offerts en soins palliatifs. Les communications sont transparentes et efficaces. Les systèmes permettent un partage de l'information au moment opportun pour appuyer les soins. La confidentialité des renseignements est préservée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le processus actuel pour choisir, examiner et utiliser les lignes directrices éclairées par des données probantes est réalisé avec rigueur, conjointement avec le centre de référence en oncologie, le ministère et des groupes d'experts. L'équipe des visiteurs encourage l'établissement à y intégrer l'apport des usagers, tant pour la conception des services et le choix des projets d'amélioration de qualité que les objectifs et les indicateurs de suivi.

Un projet de déploiement basé sur l'expérience usager est en cours dans l'ensemble de l'organisme, ce qui devrait permettre d'intégrer l'apport des usagers dans les décisions.

Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.11 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	

14.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
16.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
16.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
16.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
16.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Les équipes rencontrées possèdent une vaste expérience. Elles déterminent un réseau de partenaires pour faciliter l'accès de l'utilisateur à des services de consultation dans de courts délais.

Les locaux dans lesquels travaillent les équipes de l'unité de médecine familiale (UMF) sont suffisants en nombre selon l'équipe et répondent aux besoins de la clientèle.

L'intégration des usagers et des familles pourrait permettre à l'organisme d'identifier les cibles à atteindre et à améliorer.

Processus prioritaire : Compétences

Les équipes sont composées de personnes expérimentées et bien engagées dans le travail à accomplir au quotidien. Il est important de souligner l'initiative des infirmières de l'UMF pour tous les nouveaux usagers qui se présentent à la clinique. L'infirmière rencontre l'utilisateur, évalue les besoins et procède à la demande des examens nécessaires préalables à la visite avec le médecin ou avec l'infirmière Praticienne en soins de première ligne.

Les équipes rencontrées sont soucieuses de donner les meilleurs soins. Elles transmettent leurs besoins en formation et d'amélioration de leurs compétences à leur supérieur ou aux différents professionnels qui composent l'équipe de travail.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il est important de souligner que les équipes disposent de moyens assez bien organisés pour orienter l'utilisateur vers les ressources appropriées en temps opportun. La clinique de soins infirmiers a développé son réseau de partenaires au fil du temps et les infirmières n'hésitent pas à l'utiliser lorsque l'état de l'utilisateur le requiert.

L'utilisateur peut accéder aux services selon l'heure qui lui convient en raison de la flexibilité des horaires, que ce soit à l'UMF ou à la clinique de soins infirmiers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'UMF est bien implantée depuis 2008 et le nombre d'utilisateurs inscrits augmente progressivement. Actuellement, de 12 000 usagers y sont inscrits (pondérés estimés) et les professionnels travaillent en partenariat avec ceux du Groupe de médecine familiale universitaire (GMFU). L'organisation académique et l'accueil des résidents en médecine sont bien structurés.

Un dossier médical électronique a été implanté au CLSC des Maskoutains. C'est une innovation qui facilite la prise en charge de la clientèle de manière structurée et qui vise l'ensemble des utilisateurs. Les équipes

rencontrées démontrent de la fierté à utiliser des outils électroniques de technologie de pointe. L'information concernant l'utilisateur est consignée de manière structurée et est facile à repérer. Soixante-quinze pour cent des dossiers des usagers inscrits sont numérisés et une feuille sommaire apparaît à l'ouverture du dossier. Les dossiers papiers sont toujours disponibles pour consultation et sont conservés dans un endroit sécuritaire. Les archivistes sont disponibles pour la consultation des dossiers par les usagers.

L'implantation de l'accès avancé à l'intention des médecins et des résidents est une autre initiative qui favorise l'accès des usagers à la clinique. Cette nouvelle approche diminue considérablement le nombre d'usagers qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les activités en lien avec l'amélioration de la qualité sont connues des membres des équipes de soins. Les processus devraient être révisés et formalisés de manière à regrouper ceux qui s'alignent de façon cohérente sur les soins et services dispensés. Les équipes souhaitent intégrer l'utilisateur et la famille dans le suivi des indicateurs et des améliorations.

Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
14.10 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
16.5 Un processus est en place pour traiter les demandes des usagers qui veulent apporter leurs propres médicaments et se les faire administrer.	
17.3 L'état de santé psychosociale de chaque usager est surveillé tout au long de la prestation de soins.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
27.1 Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
27.2 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

27.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
--	---

27.4 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
--	--

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

5.5 Thérapie systémique seulement : Tous les incidents liés aux médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer sont consignés et ces renseignements sont utilisés pour apporter des améliorations.	!
---	---

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation a assuré un leadership dans la détermination de buts et d'objectifs des services, en conformité avec les orientations organisationnelles et les objectifs du « Vrai Nord » de l'établissement.

L'environnement physique de certaines salles de traitement aurait avantage à être repensé afin d'obtenir un espace permettant de mieux préserver la confidentialité et l'intimité.

Dans le cadre du déploiement de l'expérience usager et de l'usager partenaire, la participation des usagers et des familles dans les aspects de la planification, de la conception et de l'amélioration de la qualité seront à envisager. La culture d'équipes en oncologie est très favorable à la prestation de services de qualité.

Processus prioritaire : Compétences

Les trois sites visités fonctionnent selon un système d'équipes collaboratives, en interdisciplinarité. La clarté du rôle et le champ de compétences de chaque membre de l'équipe sont bien définis, consignés par écrit et connus des pairs. Les activités de formation sont disponibles et actualisées, notamment à l'égard des nouvelles thérapies et données probantes en matière d'oncologie, des pompes à perfusion, des situations d'urgence et des éléments relatifs à la sécurité dans le milieu de travail. L'évaluation du rendement des membres de l'équipe est documentée régulièrement et des objectifs d'amélioration sont signifiées lorsque requis.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux services en oncologie est efficace et conforme aux normes reconnues. Les services sont planifiés en co-gestion médico-administrative et concernent l'ensemble de la trajectoire. Les obstacles sont identifiés et leur résolution permet une fluidité et une simplicité dans l'épisode de soins, tant pour

l'utilisateur que pour les accompagnateurs qui en tire profit. La participation des usagers et de leurs proches est encouragée, mais il reste du travail à faire pour rehausser leur contribution, notamment à l'égard de leur participation aux rencontres interdisciplinaires et à l'égard des projets d'amélioration.

Les infirmières-pivots en oncologie coordonnent les activités, à chaque étape du processus, incluant les points de transition. La sécurité relative aux activités cliniques à haut risque (double vérification, surfaces, dosages, double identification, etc.) est digne de mention.

Une clinique de gestion des symptômes est implantée depuis 2012 à l'Hôpital Pierre-Boucher. Cette initiative facilite grandement le virage ambulatoire en soins palliatifs, en permettant l'amorce des services tôt dans la trajectoire. Ce service novateur permet aussi de diminuer les visites à l'urgence pour un certain nombre d'usagers.

Le consentement écrit est absent dans les dossiers du service d'oncologie de l'Hôtel-Dieu de Sorel. Étant donné le type de traitement à recevoir et les conséquences possibles lors de l'administration de la chimiothérapie, une entente tacite ne saurait suffire. Nous encourageons l'établissement à déployer cette procédure dans l'ensemble des sites.

L'auto-administration de médicaments est encouragée en vue de maintenir l'autonomie des usagers. Une procédure permettrait d'encadrer cette orientation et de traiter les demandes des usagers.

Un outil d'évaluation initiale a été mis en disponibilité et comprend une partie d'évaluation psychosociale. Toutefois, dans le cadre de la visite d'un site, bien que l'existence de ce formulaire ait été constatée, cet outil n'était pas présent au dossier des usagers. Nous encourageons l'établissement à réaliser des évaluations complètes et systématiques des usagers lors de l'admission, et ce, dans tous les services d'oncologie.

Finalement, un intéressant projet qualité a vu le jour dans les cliniques ambulatoires d'oncologie, soit la conception et la diffusion d'un outil harmonisé de détection des symptômes et de la détresse en oncologie. L'équipe visiteuse salue cette initiative rassembleuse et porteuse de sens, tant pour la clientèle que pour les intervenants impliqués.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le processus d'accès à l'information et aux dossiers des usagers est bien compris et respecté par le personnel. La collecte, la consignation et le maintien à jour de l'information sur les usagers, bien qu'ils soient différents dans chaque installation, sont conformes aux normes et règlements en vigueur. Les membres de l'équipe confirment la disponibilité adéquate et fonctionnelle des systèmes d'information. Certains équipements informatiques (logiciels et postes de travail) sont en voie d'être acquis au site de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le processus actuel pour choisir, examiner et utiliser les lignes directrices éclairées par des données probantes est réalisé avec rigueur, conjointement avec le centre de référence en oncologie, le ministère et des groupes d'experts. L'équipe visiteuse encourage l'établissement à y intégrer l'apport des usagers, tant pour la conception des services, le choix des projets d'amélioration de qualité, que les objectifs et les indicateurs de suivi.

Un projet de déploiement basé sur l'expérience client est en cours dans l'ensemble de l'organisation, ce qui devrait permettre d'intégrer l'apport des usagers dans les décisions.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments en oncologie au CISSS de la Montérégie-Est est fondée sur une solide responsabilité collective et une approche interdisciplinaire impeccable. La surface corporelle pour le calcul des traitements en chimiothérapie fait l'objet de plusieurs vérifications, de même que l'étape d'administration. La présence rassurante et professionnelle de l'équipe de la pharmacie permet d'assurer une saine gestion des symptômes, de rassurer la clientèle, et de graviter dans un environnement sécuritaire et de qualité à l'égard de traitements à risque élevé.

Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.3 Des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'usagers vers d'autres établissements, ainsi qu'au nombre d'usagers qui quittent le service sans avoir été vus sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.1 Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées et accessibles.	!
10.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
14.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
16.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
16.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!

16.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
18.12	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
18.13	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Il existe un excellent leadership clinique qui inclut une co-gestion médico-administrative ainsi qu'une collaboration interhospitalière remarquable et soutenue depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est. Plusieurs initiatives d'harmonisation des services d'urgence par les intervenants responsables des soins critiques du CISSS de la Montérégie-Est ont déjà été réalisées et se poursuivent.

Des démarches sont en cours pour resserrer les liens de collaboration avec la médecine familiale afin de diminuer l'achalandage des cas moins prioritaires dans les services des urgences.

Les locaux des urgences de l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôpital Pierre-Boucher feront bientôt l'objet de rénovations. Les locaux de l'Hôpital Pierre-Boucher sont particulièrement exigus et ne permettent pas actuellement de préserver la confidentialité.

Processus prioritaire : Compétences

Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.

Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles. Une orientation sur le milieu de travail particulier qu'est le service des urgences est offerte aux nouveaux membres de l'équipe. De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles à l'Hôpital Pierre-Boucher, à l'Hôpital Honoré-Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Une belle relation d'aide mutuelle existe entre les équipes médicales des trois hôpitaux visités.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées à l'Hôpital Honoré-Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Sorel. L'accessibilité et la signalisation pour l'urgence posent plus de difficultés à l'Hôpital Pierre-Boucher. Les autres obstacles qui pourraient empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles dans les trois hôpitaux visités.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille. Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'usager, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée tant à l'Hôpital Pierre-Boucher, qu'à l'Hôpital Honoré-Mercier et qu'à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des équipes et des partenaires, mais sans l'apport des usagers et des familles. Les usagers et les familles ne sont généralement pas mis à contribution pour les projets de planification et de développement du service des urgences tant à l'Hôpital Pierre-Boucher qu'à l'Hôpital Honoré-Mercier et qu'à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Des protocoles et des politiques sont établis pour le don d'organes et de tissus et sont suivis dans les trois hôpitaux visités.

Des liens officiels existent entre les trois hôpitaux et les organismes responsables des dons d'organes et de tissus, Transplant-Québec et Héma-Québec.

Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

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

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 25 octobre 2016 au 30 mars 2017**
- **Nombre de réponses : 11**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	18	9	73	2
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	9	0	91	2
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	73	9	18	65
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	27	0	73	7

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	27	0	73	2
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	1
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	18	82	1
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	9	0	91	2
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	9	27	64	60
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	9	9	82	2
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	9	9	82	1
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	9	9	82	3
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	18	82	1
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	20	80	1
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	9	0	91	1
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	13	25	63	8
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	60	20	20	15

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	27	9	64	8
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	50	30	20	14
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	36	9	55	6
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	18	9	73	40
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	27	0	73	6
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	18	9	73	4
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	9	0	91	11
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	9	0	91	2
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	11	22	67	5
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	80	0	20	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	10	0	90	3
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	10	0	90	1

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	22	11	67	4
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	27	0	73	5
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	57	0	43	6

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	18	36	45	5
34. La qualité des soins	18	45	36	4

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

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

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

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