



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre**

Greenfield Park, QC

**Séquence 1**

Dates de la visite d'agrément : 29 septembre au 4 octobre 2019

Date de production du rapport : 2 décembre 2019

## Au sujet du rapport

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

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	11
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Gouvernance	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	22
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	24
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	26
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	30
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	35
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	40
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	40
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	44
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	45

## Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour des usagers.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 29 septembre au 4 octobre 2019**

- **Emplacements**

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

1. Centre d'hébergement Saint-Joseph
2. CISSS Montérégie Centre Territorial Santé Publique
3. CISSS Montérégie Est Santé Publique
4. CISSS Montérégie Ouest Santé Publique
5. CISSS Montérégie Régional Santé Publique
6. Complexe administratif (Saint-Hubert)
7. Hôpital Charles-Le Moyne
8. Hôpital du Haut-Richelieu
9. Services de réadaptation externes

- **Normes**

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

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

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

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

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









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	55	0	2	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	188	13	15	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	63	2	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	24	6	2	32
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	250	23	11	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	0	2	32
<b>Total</b>	<b>628</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>708</b>



## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	80 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Leadership	46 (97,9%)	1 (2,1%)	3	90 (97,8%)	2 (2,2%)	4	136 (97,8%)	3 (2,2%)	7
Prévention et contrôle des infections	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	64 (92,8%)	5 (7,2%)	2
Gestion des médicaments	72 (98,6%)	1 (1,4%)	5	55 (90,2%)	6 (9,8%)	3	127 (94,8%)	7 (5,2%)	8
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	71 (82,6%)	15 (17,4%)	2	30 (75,0%)	10 (25,0%)	0	101 (80,2%)	25 (19,8%)	2
Santé publique	42 (97,7%)	1 (2,3%)	4	62 (98,4%)	1 (1,6%)	6	104 (98,1%)	2 (1,9%)	10
<b>Total</b>	<b>314 (93,2%)</b>	<b>23 (6,8%)</b>	<b>16</b>	<b>298 (94,0%)</b>	<b>19 (6,0%)</b>	<b>19</b>	<b>612 (93,6%)</b>	<b>42 (6,4%)</b>	<b>35</b>

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

Depuis la création du CISSS de la Montérégie-Centre en 2015, une nouvelle structure a été implantée pour favoriser une meilleure intégration des services au plan clinique et pour mieux répondre aux besoins de la clientèle tout au long de la trajectoire de services. L'harmonisation des pratiques dans une nouvelle organisation qui regroupe différentes cultures organisationnelles et plusieurs approches d'intervention constitue un enjeu.

Un autre enjeu est le vieillissement de la population combiné à une migration de population vers la région qui génère une augmentation des besoins de services importants.

La mise à jour des infrastructures entraîne une multitude de projets d'immobilisation qui mobilisent beaucoup de ressources. Les lieux physiques de l'hospitalisation en santé mentale ainsi que la salle d'endoscopie présentent des risques pour la clientèle ainsi que pour les travailleurs qui y œuvrent.

Le recrutement mais surtout la rétention de la main d'œuvre est aussi un enjeu de taille. Le renforcement du sentiment d'appartenance est une priorité. La gestion de proximité et le contact humain sont privilégiés.

Plusieurs missions régionales sont assurées par l'établissement dont la santé publique, l'informatique, la gestion des laboratoires (Optilab), la pédopsychiatrie, le centre intégré de cancérologie, l'expertise en réadaptation visuelle Louis Braille. Les partenaires apprécient les services rendus. La collaboration et le lien de confiance sont présents à tous les niveaux de l'établissement.

La culture de gestion de la qualité et des risques est présente dans les équipes d'intervenants sur le terrain. Une culture de déclaration et de divulgation est en place. Au niveau stratégique, la gestion des risques opérationnels est considérée, mais la culture de sécurité des usagers ressort moins et l'absence d'un plan organisationnel de sécurité des usagers le démontre bien. Depuis la dernière visite, nous avons pu constater que des pratiques organisationnelles requises (POR) non conformes comme la prévention du suicide et le bilan comparatif des médicaments demeurent toujours non conformes. Nous encourageons fortement les équipes à s'approprier ces pratiques pour assurer des soins sécuritaires, et ce, dans l'intérêt des usagers. Leur mise en œuvre est garante de la sécurité des usagers. L'établissement devra donc y porter une attention particulière afin de les consolider.

Au niveau des équipes cliniques, le partenariat avec l'utilisateur et sa famille dans ses soins et services est en voie de consolidation. Toutefois, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs reste à développer. Les expériences vécues où l'on a eu recours à des usagers partenaires ont été très positives pour tous. L'un des projets a permis l'harmonisation de la politique de tarification.

Les équipes offrent des soins personnalisés dans une approche humaine et respectueuse des usagers. La

satisfaction de la clientèle est observée lors de la visite. L'équipe des visiteurs tient à souligner l'engagement et le dévouement du personnel rencontré.

Nous observons, pour le vaste domaine de la Santé publique, une concertation intégrée avec les partenaires à tous les paliers pour soutenir la santé des populations dans les communautés. Une volonté est existante pour travailler de concert avec les instances municipales et les équipes locales et régionales. Des projets collectifs sont réalisés dans une perspective de développement social en s'appuyant sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin, une culture de l'amélioration et de la mesure est présente et elle se traduit par un souci constant d'atteindre l'excellence en appuyant la mise en œuvre de projets collectifs, sur une analyse rigoureuse en amont des données de surveillance. L'évaluation de la satisfaction des usagers est également intégrée au processus, dans une perspective d'amélioration. Des plans d'amélioration sont en place à plusieurs niveaux et les mécanismes de suivis sont établis.

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b></p> <p>Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.7</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Plan de sécurité des usagers</b></p> <p>Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.1</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR



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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

Le président du CA et les administrateurs rencontrés, dont les présidents de comités, sont des personnes engagées, rigoureuses et orientées vers la qualité des soins et des services offerts à la population de son territoire.

La plupart des membres exercent leurs fonctions depuis la création du CISSS de la Montérégie-Centre; nous pouvons constater une grande maturité parmi ceux-ci.

Le travail d'équipe est remarquable et s'appuie sur des objectifs de saine gouvernance.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

L'établissement a le souci d'assurer l'adéquation des services avec les besoins de sa population, dans le respect de l'équilibre budgétaire.

Ses orientations stratégiques sont déclinées avec ceux du MSSS et des plans opérationnels sont réalisés et suivis. Au besoin, des ajustements sont faits.

La population et les usagers sont des acteurs influents dans la planification des services.

## 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)

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

Un bureau de projet organisationnel est en place depuis la création du CISSS de la Montérégie-Centre. Au fil des années, celui-ci a pu se développer et est devenu une structure forte de gouvernance dans la coordination intégrée de projets à portée organisationnelle.

Le cycle budgétaire est solide et l'établissement jouit d'une saine santé financière. Des stratégies de performance clinique et financière auront permis de dégager plus de 15 millions de dollars récurrents.

De nombreuses autorisations du MSSS reconnaissent plusieurs projets immobiliers dans les prochains mois et années. Un défi de capacité se pose présentement pour la réalisation de ceux-ci.

Il demeure toutefois un enjeu de taille quant à la disponibilité de ressources d'hébergement publique en quantité suffisante, selon ce qu'estime l'établissement.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

Nous avons observé un dynamisme et un leadership fort de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) et de ses différents services offerts aux employés du CISSS de la Montérégie-Centre.



Certaines activités sont à portée régionale, tel le traitement de la paie, à titre d'exemple.

Nous encourageons l'établissement à accroître la complétion des appréciations de rendement. Cette importante activité est réalisée de manière inégale et plusieurs employés interrogés sur cet aspect ont confirmé qu'ils n'avaient pas été évalués ou appréciés.

Les relations de travail avec les différents syndicats sont positives et la Direction investit afin de soutenir un climat de travail favorable. À titre d'exemple, les syndicats partagent des objectifs et s'associent aux activités de rayonnement de l'établissement dans un contexte de recrutement de main d'œuvre.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p> <p>15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.</p> <p>15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.</p>	<p></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.2 La responsabilité de mettre en oeuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers est confiée à un conseil, à un comité, à un groupe ou à une personne.</p>	
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<p></p>

15.7.3	Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.	<b>PRINCIPAL</b>
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.	<b>PRINCIPAL</b>
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

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

La politique de gestion intégrée des risques vise à développer une vision d'ensemble des risques, de leur suivi et de leur traitement. On retrouve les rôles et responsabilités des différents acteurs et instances et le processus préconisé pour la gestion des risques. Le mécanisme de déclarations des événements indésirables est en place ainsi que celui de la divulgation à l'utilisateur. Dans une perspective de soins centrés sur l'utilisateur et selon les personnes rencontrées, un soutien plus important (formation, coaching ou autre) devrait être prodigué aux divers professionnels responsables de procéder à la divulgation d'accidents graves. Des rapports sur la gestion des risques sont produits, l'information pertinente est diffusée aux instances décisionnelles ainsi qu'aux prestataires de soins.

Un registre des risques organisationnels identifie les risques, présente une analyse, évalue le risque résiduel, définit un traitement et évalue les mesures à la suite des actions. Toutefois, on ne retrouve pas de plan de sécurité des usagers. L'établissement est encouragé à en développer un en reproduisant le modèle de celui des risques organisationnels, mais spécifiques aux risques liés à la sécurité des usagers.

Différentes formes de sondages sont réalisées auprès de la clientèle et les commentaires recueillis influencent l'organisation des services. Des expériences positives où l'on a sollicité l'apport des usagers et de leurs familles dans les processus cliniques et administratifs sont amenées.

Le bilan comparatif des médicaments est au tout début d'implantation, l'établissement est encouragé à redoubler d'efforts pour le déployer rapidement aux clientèles ciblées.

Plusieurs projets d'amélioration de la qualité ont débuté. Des indicateurs sont suivis et des tableaux de bord de gestion sont en place. L'établissement est encouragé à poursuivre au quotidien l'intégration du concept d'amélioration de la qualité afin d'assurer la pérennité des actions entreprises.

## 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)

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

L'établissement s'est doté d'un comité d'éthique très actif et des stratégies sont mises en œuvre afin de soutenir les équipes cliniques pouvant être préoccupées d'enjeux éthiques. Une réponse rapide est possible. L'expertise des membres est à souligner.

L'éthique à la recherche est aussi très active et les membres sont passionnés !

## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
11.3 Les politiques et les procédures à l'appui de la collecte, de la saisie, de l'utilisation, de la transmission et de la conservation de l'information sont mises en oeuvre et régulièrement examinées et mises à jour.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'établissement accorde une grande importance à l'aspect communication et y consacre les ressources nécessaires. La directrice des ressources humaines, communications et affaires juridiques est accompagnée d'une directrice adjointe aux communications, relations avec les médias et projets spéciaux. Un chef de service voit à la gestion des communications internes et externes tandis qu'une conseillère-cadre en communication assure la relation avec les médias. Cette même ressource traite les demandes de niveau stratégique telles que les demandes ministérielles et politiques. La chef de service des affaires juridiques voit à la gestion documentaire et l'accès à l'information d'ordre administrative. Le calendrier de conservation a été mis à jour récemment. La cohésion de l'équipe même s'ils ne sont pas tous physiquement réunis permet une belle cohérence dans les actions et les messages.

Pour ce qui est de l'information clinique, ce sont les archivistes qui s'assurent du contrôle autant du respect des règles de confidentialité que de la garde et de l'accès aux dossiers. Les dossiers sont toujours sur support papier et l'on souhaite l'arrivée d'un dossier patient électronique.

Plusieurs politiques et procédures encadrent le dossier médical, mais elles ne sont pas harmonisées pour l'ensemble de l'établissement. Un guide de rédaction des politiques et procédures est en application depuis mars 2018 et a été révisé en mars 2019. Ils estiment qu'un tiers des politiques et procédures sont harmonisées pour l'ensemble de l'établissement. Chaque direction est mandatée pour faire l'inventaire de ses politiques et procédures et les mettre à jour. Des politiques consultés datent de 2006 ou 2007. L'établissement est encouragé à s'assurer qu'il respecte sa propre politique de gestion des politiques et procédures et qu'elles soient toutes révisées tous les trois ans.

Un projet de développement et déploiement de l'intranet est en cours. Certains outils qui étaient en fonction avant l'intégration continuent d'être utilisés. Le projet d'intranet est essentiel pour permettre une bonne diffusion de l'information. En attendant, un outil « i-Centre » permet de transmettre de l'information, mais la portée de l'intranet sera beaucoup plus large.



L'utilisation des médias sociaux est balisée dans une politique émise en juin 2019 ainsi qu'un guide d'utilisation des médias sociaux.

Le site Web est développé en collaboration avec les autres organismes de la Montérégie dans une optique de faciliter la recherche d'information pour l'utilisateur.

Le plan directeur de communication interne et externe 2019-2022 dresse les objectifs et les stratégies de communication. Le rayonnement de l'établissement en valorisant les bons coups est l'un des principes directeurs. La communication centrée sur la personne, la gestion de la réputation et la priorité à la communication de gestion complètent la liste.

Une gestion proactive des communications avec les médias vise à augmenter le nombre de demandes planifiées permettant de mettre en valeur les initiatives de l'établissement.

Plusieurs plans de communications produits ces dernières années qui touchent autant des aspects administratifs que des services directs à la clientèle ont été produits. L'équipe communication est particulièrement fière de la mobilisation créée autour de la « Boutique éphémère » qui est une offensive de recrutement novatrice et pour laquelle l'aspect communication était fort important.

La diffusion de l'information aux employés passe aussi par l'équipe de gestionnaires de proximité, ils sont soutenus par formation dans ce rôle.

L'offre de services aux clientèles d'expression anglaise est assurée dans leur langue dans la mesure où elle est identifiée au programme d'accès aux services en langue anglaise.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

La Direction de services techniques, du génie biomédical et de l'hôtellerie a une structure de gestion efficace et efficiente. Les équipes sont soucieuses de la sécurité dans tous les projets de modernisation. La propreté et la sécurité des lieux sont assurées par une gestion performante composée des gestionnaires dévoués et engagés. Le personnel technique de la direction privilégie une approche centrée sur le client.

Le système de chauffage, ventilation et conditionnement d'air (CVCA) est surveillé par un système informatique qui permet de contrôler les paramètres en temps réels. Des techniciens sont disponibles tout le temps. Cette approche se traduit en actions et activités auprès des services cliniques.

Les plans de conservation de la fonctionnalité immobilière et de conservation de l'équipement et du mobilier sont encadrés par la législation, l'établissement fait de la reddition de compte au MSSS. Il est à mentionner les mécanismes de concertation mis en place par la direction des services techniques compte tenu du nombre de projets de modernisation des installations en cours et à l'avenir. C'est le comité de coordination des plans d'investissements avec les parties prenantes qui sont autour de cette table de concertation pour prendre des décisions pertinentes et justes.

Il serait important de considérer les impacts sur l'environnement que ces projets auront. La direction a déjà déposé une politique sur l'environnement durable qui comporte 16 sphères, un comité sera également mis en place. Cependant, les bâtiments déjà construits sont conçus pour favoriser l'économie d'énergie. Plusieurs bornes de chargements des véhicules électriques sont sur les terrains du CISSS.

En ce qui concerne la confidentialité, lors de la visite au CLSC de la Vallée-des-Forts, la porte des archives est restée ouverte à l'heure de midi. Il est fortement recommandé de prendre les moyens afin de rappeler aux intervenants l'importance de garder la confidentialité à l'abri de tout événement indésirable.

## 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.

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

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

Un plan des mesures d'urgence est en place et traite d'une douzaine de situations. Plusieurs outils et aide-mémoire sont diffusés.

De la formation en ligne est disponible et chaque nouvel employé reçoit la formation à l'embauche. Toutefois, des employés rencontrés témoignent ne pas avoir reçu d'exercices (par exemple, évacuation, code rouge ou code vert) à ce sujet depuis longtemps.

L'équipe d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile est sollicitée au besoin. Par exemple, une rencontre postvention a eu lieu en août à la suite d'un accident d'autobus qui impliquait plusieurs enfants de la région.

L'aspect des communications est prévu. Un local est préparé pour devenir rapidement un centre de coordination des mesures d'urgence et sécurité civile.

Plusieurs événements vécus de situation d'urgence sont documentés et des pistes d'amélioration sont ressorties. Les exercices d'évacuation seraient à effectuer plus régulièrement.

L'équipe de santé publique est prête à faire face aux urgences et aux pandémies. Des algorithmes pour guider les interventions des directeurs de garde pour des situations de menace environnementale ou lors de signalement d'une maladie infectieuse qui menace la santé de la population sont disponibles. La direction de la santé publique offre des services en gestion des menaces et santé environnementale aux partenaires municipaux et aux entreprises. L'équipe de prévention et de contrôle des infections est sollicitée au besoin.

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

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

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

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

Tous les critères de ce processus sont conformes et les équipes concernées méritent des félicitations.

Depuis plus de deux ans, d'importants travaux ont été déployés afin d'accroître les activités pour soutenir les soins de santé centrés sur les personnes. Le partenariat de soins se déploie progressivement selon un plan et des objectifs structurés.

Les usagers et leurs proches sont entendus et contribuent à influencer l'amélioration des soins et des services grâce à leur expérience de soins.









































## 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.

## Annexe B - Processus prioritaires

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

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