



**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	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	29
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	34
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	39
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	39
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	43
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	44

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

#### 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.

## 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
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
1.1 Au moins une fois par année, de l'information est recueillie sur le niveau d'utilisation des services auprès de tous les secteurs de l'organisme qui ont besoin de services de retraitement et les données sont communiquées à l'URDM.	!
1.2 L'information recueillie sur les services offerts et sur leur utilisation sert à déterminer la gamme de services de retraitement et la façon dont ils sont fournis.	!
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
3.3 L'accès à l'URDM est contrôlé en limitant l'accès aux membres autorisés de l'équipe et en indiquant clairement où se trouve l'unité de retraitement.	!
3.5 Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.6 Le programme d'orientation porte sur les pratiques de travail sécuritaires, y compris la sécurité des usagers, la santé et sécurité au travail ainsi que le contrôle et la prévention des infections.	!
5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
7.1 Des politiques claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	!
7.5 Des procédures opératoires normalisées (PON) claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	

7.9	Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!
7.10	La conformité aux politiques, aux PON et aux directives des fabricants est évaluée régulièrement et des changements sont apportés s'il y a lieu.	
11.2	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples sont séparées des unités de soins.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8	Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
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.	
15.2	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 parties prenantes et des membres de l'équipe.	
15.3	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 parties prenantes.	
15.4	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!
15.5	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 parties prenantes.	
15.6	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.8	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	

15.9 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.



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

Les directions concernées travaillent en concert et en partenariat.

Le processus de rénovation et modernisation du parc des équipements est bien géré et encadré par le service de génie biomédical avec les services cliniques et l'unité de retraitement. Il est à noter que ce processus répond aux besoins exprimés par les gestionnaires des secteurs concernés.

Le système informatique utilisé pour gérer les entretiens préventifs et curatifs est efficace ce qui permet de faire le monitoring des activités des techniciens pour ainsi améliorer la performance et répondre efficacement aux besoins de la clientèle interne.

Il est à souligner le lien qui existe avec les équipes de la prévention des infections et l'unité de retraitement lors des acquisitions des équipements et appareils.

Quant à la satisfaction de la clientèle, il est recommandé de mettre en place un processus en continu d'évaluation de la qualité des services techniques, du service de génie biomédical et du service de retraitement des équipements par la réalisation de sondages auprès de leur clientèle. Il est important pour les services de soutien de recueillir les commentaires des cliniciens. Il permettra également de partager les résultats avec les équipes en servant en même temps comme moyens de motivation des équipes.

Le service de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables comporte deux centrales de stérilisation et deux salles de retraitement d'endoscopes dans les deux hôpitaux de la région.

La production des services est à la hausse depuis les dernières années ce qui a entraîné l'ajout de plus de ressources, parfois sans financement supplémentaire.

L'utilisation et l'offre des services ne sont pas évaluées de manière consistante ce qui ne permet pas aux gestionnaires d'avoir une appréciation juste de l'offre et de la demande. Plusieurs indicateurs de toute sorte sont compilés sans qu'une démarche structurée soit mise en place. Il est recommandé de commencer une réflexion profonde sur le choix d'indicateurs qui devraient être compilés et analysés par la suite. Un tableau de bord permettra aux gestionnaires d'avoir un portrait exact de l'offre de services et de suivre l'évolution de la demande.

Le processus de retraitement est sécuritaire. Les préposés à la stérilisation sont bien formés et motivés. Ils connaissent le bien fondé des techniques accomplies, ils savent que chaque geste est important et que le non-respect de la procédure peut nuire à la sécurité de patients.

Les gestionnaires ont mis en place un outil de communication pour le personnel qui s'appelle Hot Five, il

s'agit de prendre 5 minutes pour le transfert de l'information selon les volets, à savoir : qualité, clinique, administratif, social et reconnaissance du personnel.

Les lieux physiques sont propres et confortables même si des améliorations sont souhaitables en termes d'espaces et de ventilation.

En terminant, la majorité des politiques et procédures sont à rédiger ou à mettre à jour.  
L'équipe de gestionnaires est consciente du travail à accomplir pour que le service puisse continuer à améliorer la qualité des services rendus.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

### Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Impact sur les résultats

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

### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Santé publique

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
11.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
18.4 Si des distributeurs automatiques sont utilisés, il existe des politiques et des procédures portant sur l'accès, l'emplacement, le type d'information disponible sur les médicaments, la vérification et le renouvellement des médicaments.	

- |      |  |  |
|------|--|--|
| 22.1 | Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.   |  |
| 22.2 | Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.   |  |
| 22.3 | Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.   |  |
| 22.4 | Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.   |  |
| 22.5 | Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris. |  |

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

##### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion de médicaments de la pharmacie est bien organisée et encadrée.

Le département s'est doté d'une mission et d'une vision. Elles sont déployées sur les deux réseaux locaux de services (RLS).

Le département de la pharmacie exerce un leadership fort. Pour donner deux exemples, le service clinique offert par des pharmaciens qualifiés dans des domaines comme la chimiothérapie et les soins intensifs est remarquable. La présence clinique des pharmaciens contribue grandement à la sécurité des usagers.

Pour permettre aux pharmaciens d'être présents sur les unités, il y a eu la délégation de certaines activités aux assistantes techniques. Ceci a permis également de développer l'expertise et la fierté des assistantes qui se sentent plus concernées par la sécurité de patients.

L'ambiance du travail est conviviale et saine. De plus, la dynamique des équipes permet d'assurer la sécurité de chaque étape du circuit des médicaments. Le personnel rencontré est très satisfait du travail accompli et du support reçu des gestionnaires à tous les niveaux.

La surveillance de l'utilisation des antibiotiques se fait de façon efficace et efficiente. Les deux hôpitaux ont su développer une expertise reconnue au Québec. Les comités de surveillance sont à l'affût de nouvelles connaissances en microbiologie. Plusieurs projets ont été mis en place au fil des années comme le guide d'utilisation d'antibiotiques renouvelé tous les trois ans. Un projet est en cours, il s'agit de surveiller l'utilisation d'antibiotiques en prophylaxie en salle d'opération.

En ce qui concerne les politiques et procédures, il reste encore plusieurs à mettre à jour et à harmoniser. Les gestionnaires sont conscients de cette situation.

De plus, lors de la visite aux soins intensifs de l'Hôpital du Haut-Richelieu, il a été constaté que la double vérification indépendante pour les médicaments d'alerte élevée n'avait pas été faite dans deux dossiers pris au hasard. Il est recommandé de réaliser un audit dans un bref délai.

Concernant le bilan comparatif des médicaments (BCM), lors de la visite aux unités de soins intensifs ainsi qu'en psychiatrie, il a été constaté que ce sont les pharmaciennes qui réalisent toutes les étapes du BCM. Il est fortement recommandé de revoir les rôles et responsabilités de médecins afin que les prescripteurs s'acquittent de la responsabilité de consulter et de signer le formulaire BCM du dossier.

En outre, il est suggéré d'harmoniser dans un seul document les lignes directrices encadrant le processus d'automédication.

Le département de la pharmacie est encouragé à poursuivre les efforts afin d'augmenter encore plus le niveau de sécurité de soins.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
7.1 Des politiques et des procédures en santé et sécurité au travail sont en place pour réduire le risque de transmission de micro-organismes au sein des membres de l'équipe et des usagers.	!
7.5 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
7.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
9.3 Il existe des politiques et des procédures pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique, ainsi que pour la consignation de cette information.	!
9.4 Des politiques et des procédures sont en place pour le nettoyage et la désinfection de la chambre des usagers qui font l'objet de précautions additionnelles.	!

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

#### Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) est composée des gestionnaires et infirmières très dévoués et impliqués dans les activités cliniques.

Le programme est complet et les équipes le font vivre sur les unités et sur tous les chantiers de construction. Soulignons la présence d'une technicienne en bâtiment dans l'équipe ce qui assure une surveillance de qualité dans les chantiers.

La formation en hygiène des mains (HDM) est offerte au personnel des secteurs cliniques et administratifs. Des audits sont réalisés fréquemment, ce qui a permis de corriger certains écarts.

Soulignons deux bons coups : la campagne de sensibilisation à l'hygiène des mains lancée par les trois CISSS de la Montérégie ainsi que l'engagement formel du personnel du CISSS de la Montérégie-Centre.

Une politique sur la gestion des éclosions est en place depuis juillet 2019.

Au CHSLD Saint-Joseph, les taux de conformité à l'HDM sont très élevés et aucune éclosion n'a eu lieu depuis trois ans. Ces bons résultats ont amené à l'équipe à produire un vidéo sur l'HDM qui est dorénavant utilisé pour des activités de promotion dans les autres secteurs.

La surveillance des infections nosocomiales est bien structurée. Les analyses de tendances et des émergences font partie des activités. Il est à noter la participation active des microbiologistes qui font des interventions auprès du corps médical. Il est également à mentionner le lien avec le comité de surveillance des antibiotiques ce qui démontre l'intégration des activités de différents comités.

Le défi majeur est de mettre à jour et d'harmoniser les politiques et procédures du programme. Cela a déjà commencé, mais il va prendre encore du temps. Nous encourageons l'équipe PCI à maintenir les activités de prévention et contrôle des infections.

De plus, il est recommandé de renforcer le partenariat avec le service de santé et sécurité au travail afin de mettre en commun les objectifs de prévention des infections pour le personnel (immunisation de travailleurs, évaluation de risques des activités, prévention de maladies professionnelles).

La gestion de punaise de lits en clinique externe en psychiatrie est à surveiller. La manière de désinfecter est connue, mais il sera souhaitable qu'une procédure claire soit écrite et mise en place.

Le service d'hygiène et salubrité est très conscient de l'importance qu'il doit porter à la qualité du nettoyage.

L'entretien des lieux physiques est conforme aux standards de qualité. Le personnel rencontré connaît bien les étapes de désinfections de chambres.

Le service répond efficacement aux besoins des unités de soins. Le climat de travail est bon et les employés se sentent encadrés et écoutés.

Les procédures sont à améliorer afin de répondre aux exigences documentaires clairement dictées par les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA).

En terminant, soulignons que les patients et proches rencontrés ont exprimé leurs satisfactions concernant la propreté de lieux et les soins reçus.

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.3 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
14.2 Il existe des politiques écrites pour protéger le caractère privé, la sécurité et la confidentialité de l'information.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

## Suite commentaires Santé publique

## Montérégie Est

Le CISSS Montérégie-Centre héberge la Direction de santé publique de la Montérégie. Une entente formelle récente inter établissements 2019-2020 dans le cadre du programme services santé publique précise l'imputabilité de chacun des trois CISSS. Le travail en partenariat est très présent avec la direction régionale de santé publique, les directions de l'établissement, les organismes communautaires, socio-économiques, le milieu de l'éducation, les municipalités, les municipalités régionales de comté et les différents ministères. Les priorités annuelles sont définies et partagées dans l'équipe. L'optimisation de la vaccination est un élément priorisé. L'accueil des clientèles immigrantes présente de nouveaux défis.

Lors de la visite, la gestion d'un cas de rougeole a été présentée pour bien imaginer ce qui est réalisé au niveau de la protection. La situation présentée a été analysée lors d'une rencontre avec les intervenants concernés, une cartographie des processus de communication lors des événements à risque infectieux a été élaborée et un plan d'action a été réalisé en vue de corriger les lacunes rencontrées.

Pour représenter l'aspect promotion-prévention, des membres de l'équipe d'hygiène en santé dentaire ont présenté un cas traceur avec un dossier à l'appui.

Au niveau de l'organisation communautaire, le projet « Agir ensemble : École communautaire » est un beau projet de partenariat. La direction de l'école confirme sa satisfaction au regard des liens porteurs qu'ils ont développés avec l'équipe de santé publique. Des outils pour faire la promotion de la santé et présenter l'offre de service sont accessibles. Une politique de la famille et de développement social pour la MRC des Maskoutains vient de paraître, ce document est le fruit d'un travail de partenariat.

La Direction de santé publique régionale a également amorcé un projet d'intégration d'utilisateurs partenaires. L'établissement est encouragé à leur faire plus de place autant au niveau de la consultation que de la participation.

### Leadership

#### Montérégie Centre

Plusieurs initiatives ont été réalisées pour optimiser l'organisation du travail avec la collaboration des équipes.

#### Montérégie Ouest

Les équipes sont mobilisées et encouragées à participer dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Le Leadership clinique est à souligner pour la mise en œuvre d'initiatives innovantes et porteuses avec la collaboration des MRC dans la communauté. Un souci d'intégration des utilisateurs partenaires dans les différents projets notamment l'adoption d'une politique pour un environnement sans fumée est réussie.

#### Montérégie Est

##### Leadership clinique

L'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités sont définis. Les intervenants sont consultés pour donner leur opinion. On tient compte des besoins des utilisateurs pour déterminer l'organisation du travail.

### Processus prioritaire : Compétences

#### Direction régionale et Montérégie-Centre

Un programme de développement des compétences est en place en proposant une offre diversifiée d'activités de formation pour l'ensemble des professionnels permettant de mieux soutenir les communautés face aux principaux déterminants sociaux de la santé.

La Direction est encouragée à poursuivre le déploiement du programme d'appréciation de la contribution des membres au sein des équipes qui s'investissent énormément dans un contexte d'optimisation des ressources, afin de soutenir leur mobilisation à long terme et de reconnaître leur engagement considérable auprès des clientèles vulnérables dans les communautés du territoire.

#### Montérégie Ouest

Des activités de développement des compétences sont offertes aux équipes. L'enjeu principal est aussi le maintien de la stabilité du personnel dans un contexte de rareté des ressources. Le milieu déploie tous les efforts pour soutenir la mobilisation ce qui se traduit par un excellent climat de travail au sein des équipes.

#### Montérégie Est

Les intervenants apprécient le travail avec leurs équipes qu'ils qualifient d'efficaces et complémentaires. Le climat de travail est bon et les intervenants sont motivés et passionnés par leur travail. Les intervenants rencontrés sont satisfaits de la formation qu'ils reçoivent. Les formations offertes tiennent compte des problématiques émergentes et d'importance dans la communauté.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

#### CISSS Montérégie-Centre

Le plan d'action régional en santé publique structure les actions prioritaires en lien avec les déterminants de la santé du territoire. Une culture de la mesure et de l'amélioration de la qualité est au cœur des interventions des équipes avec la réalisation des plans d'amélioration et des indicateurs de suivi. Plusieurs projets collectifs sont réalisés en s'appuyant sur les données de surveillance. L'établissement est également soucieux d'évaluer la satisfaction de la clientèle.

#### CISSS Montérégie-Ouest

Les équipes sont soucieuses de soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité dans une perspective de développement social en partenariat avec les communautés et d'évaluer ces résultats et la satisfaction de sa population.

#### CISSS Montérégie-Est

Des commentaires sur la qualité des services sont recueillis auprès de la clientèle. Un projet d'amélioration a porté sur la vaccination contre l'influenza. Des indicateurs sont en place, mais le tableau de bord est en développement.

**Processus prioritaire : Santé publique**

Les équipes de la Direction de la Santé publique se sont vu confier un nouveau mandat populationnel pour l'ensemble du territoire de la Montérégie. Une démarche pour la réalisation du plan d'action régional (PAR) s'est inscrite dans une nouvelle perspective en sollicitant davantage l'apport des partenaires pour mieux adapter l'offre de services aux besoins d'une population vulnérable, vivant sur un territoire marqué par les inégalités sociales en milieu rural et urbain. La mise en place d'une instance de concertation telle que la Table de concertation régionale de santé publique a permis de mettre l'emphase sur la collaboration entre les trois CISSS de la Montérégie autour d'orientations communes.

Des initiatives sociales ont permis de définir une vision globale de la santé des populations en s'appuyant sur des enquêtes populationnelles selon une méthodologie rigoureuse, afin de mieux saisir les principaux enjeux pour réduire les inégalités sociales. L'engagement des citoyens, des partenaires, des intervenants et des médecins des différents milieux est remarquable et leur apport s'avère d'une grande valeur pour orienter la Direction de la Santé publique et les équipes cliniques afin de faciliter la modulation des services offerts en fonction de leurs besoins spécifiques. Les axes d'intervention retenus ciblent des activités structurantes qui reposent sur les meilleures pratiques en prévention-promotion-surveillance et protection.

Des mécanismes de concertation soutiennent les activités en première ligne afin d'assurer le suivi du plan d'action régional avec les partenaires intersectoriels. Une priorisation des projets d'intervention spécifiques auprès de clientèles vulnérables s'appuie toujours sur des constats issus d'enquêtes populationnelles ou sur des données probantes issues des travaux de recherche ou encore à partir des données de surveillance. Le niveau de concertation entre les partenaires, les intervenants et les médecins de la Direction de la Santé publique est à souligner, ce qui permet de répondre rapidement aux besoins de la population. Ces projets font toujours l'objet de suivi de la part des professionnels.

Des efforts considérables sont entrepris pour rejoindre, en partenariat avec des acteurs du milieu, des clientèles vulnérables démontrant des indices de défavorisation matérielle et sociale importants. Les acteurs de ces milieux sont devenus sensibles et plus ouverts à la création d'environnement favorable pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie auprès des différents types de clientèles dans leur communauté.

**CISSS Montérégie-Centre**

Les activités de promotion et de prévention s'inscrivent dans les axes d'intervention prioritaires en collaboration avec plusieurs partenaires du milieu scolaire. La réalisation d'un projet d'optimisation en santé dentaire est à souligner puisqu'il a permis d'accroître l'offre de service pour l'application des scellants chez les jeunes du 2<sup>e</sup> secondaire dans les Écoles avec des résultats probants en plus des élèves du primaire (maternelle à 2<sup>e</sup> année);

La révision de tout le processus post-exposition à la rougeole avec la collaboration des intervenants cliniques, des gestionnaires et des médecins a permis de renforcer en amont la participation des professionnels de l'urgence pour assurer la protection de la population et un meilleur continuum de service. L'intégration des organisateurs communautaires a permis de soutenir les municipalités dans la gestion des déterminants sociaux de la santé en s'appuyant sur les données de surveillance et l'indice du développement des communautés (IDC). L'unification des équipes en santé au travail pour l'ensemble de la Montérégie a été significative pour soutenir la mobilisation;

CISSS Montérégie-Ouest

Santé publique

Des projets novateurs sont en émergence pour mieux répondre aux besoins du développement social notamment le projet Vigilance pour créer une approche de quartier pour l'intervention de proximité dans la communauté. De plus, deux cliniques jeunesse sont déployées au Cégep de Valleyfield et dans le GMF. Ces initiatives sont à souligner témoignant du dynamisme des équipes et de leur engagement à mieux assurer la santé de leur population sur leur territoire. La concertation est intégrée à tous les niveaux pour soutenir les communautés et des initiatives concrètes en témoignent avec la participation des MRC aux différentes tables.

## 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 : 22 mai 2018 au 10 septembre 2018**
- **Nombre de réponses : 13**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	91
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	64	18	18	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	8	31	62	84

	% 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.	0	8	92	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	95
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	8	92	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	8	92	96
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	23	31	46	61
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	25	75	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	42	58	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	8	92	94
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	9	18	73	71
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	10	30	60	68

	% 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.	0	27	73	82
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	11	67	22	58
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	8	92	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	15	31	54	46
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.	18	36	45	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	27	9	64	93
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	8	0	92	81
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	25	75	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	50	25	25	75
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	11	89	83
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	8	92	91

	% 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.	17	8	75	92
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	18	82	85
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	40	60	84

\*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 2018 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	15	23	62	77
34. La qualité des soins	15	15	69	78

\*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 2018 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 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

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