



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 2 - Jeunesse

Rapport publié: 28/08/2025

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Québec^{MC} entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans le présent rapport de manière confidentielle, l'Organisation peut divulguer ce Rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce Rapport. Agrément Canada sera libre de faire usager de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra l'intégrité du processus d'agrément ; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce Rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à: publications@healthstandards.org.

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2025. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité	2
À propos d'Agrément Canada	4
À propos du rapport d'agrément	4
Aperçu du programme	4
Sommaire	6
À propos de l'établissement	6
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	7
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	8
Soins centrés sur les personnes	8
Aperçu de l'amélioration de la qualité	9
Décision d'agrément	10
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	10
Résultats selon les dimensions de la qualité	12
Pratiques organisationnelles requises	13
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	16
Excellence des soins et services	16
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	18
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	20
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	22
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	24
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	26

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif international ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et internationales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d'agrément

L'Établissement mentionné dans le présent rapport de visite (l'**Établissement**) participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 11 mai 2025 au 16 mai 2025. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'Établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada à ces dates.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant de l'évaluation sur place ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'Établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à l'exhaustivité des renseignements fournis par l'Établissement pour planifier, mener la visite d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'Établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et de services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant un problème de santé donné et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et les services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté s'étale sur deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les questionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'utilisation de sondages portant sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément sont menées selon une approche par traceurs et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de broser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les possibilités d'amélioration.

Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre dessert une population de près de 420000 habitants vivant au cœur de la Rive-Sud de Montréal. Ce territoire comprend deux réseaux locaux de services (RLS), l'un est situé plus au nord, près du fleuve (RLS de Champlain) et l'autre, plus rural, s'étire vers le sud (RLS Haut-Richelieu-Rouville).

Afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, le CISSS compte sur plus de 13000 employés et plus de 800 médecins répartis dans une quarantaine d'installations et sur un budget de 1,87 milliard de dollars. Deux des installations ont un statut particulier, l'Hôpital Charles-Le Moyne désigné centre affilié universitaire et l'Institut Nazareth et Louis Braille (INLB), qui est le seul centre de réadaptation spécialisé uniquement en déficience visuelle au Québec. Les trois CISSS de la Montérégie travaillent en collaboration dans la perspective d'une seule et même région sociosanitaire. Ainsi, le CISSS Montérégie Centre gère plusieurs mandats régionaux pour la Montérégie, dont la Direction de santé publique et le Service régional InfoSanté et InfoSocial.

Les récentes transformations organisationnelles liées à l'implantation de Santé Québec et au redressement budgétaire en cours auraient pu susciter une certaine inquiétude auprès des équipes. Toutefois, celle-ci est amoindrie grâce à la gestion équilibrée que la direction de l'établissement a pu mettre en place au cours des dernières années. L'augmentation rapide de la population du territoire crée une demande de services qui pose des défis. Cependant, ses demandes sans cesse croissantes ont propulsé la créativité et l'innovation des gestionnaires afin de répondre aux besoins des soins et services de santé de la population.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Le CISSS de la Montérégie Centre est reconnu pour être un environnement accueillant et apprécié des stagiaires. C'est dans ce contexte que l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR) a été mis en nomination pour être récipiendaire d'un prix de reconnaissance. Grâce à des partenariats efficaces établis avec des établissements de 3e ligne et organismes communautaires, les équipes assurent la continuité des soins et des services pour les cas plus complexes ou requérant un suivi. Selon l'information obtenue, il semble qu'il n'y a pas d'entente formelle avec plusieurs partenaires.

La gestion de proximité permet d'offrir les services au bon moment, tout en les adaptant aux caractéristiques sociodémographiques variées des usagers. Les soins et services sont dispensés avec bienveillance et respect aux différentes communautés du territoire et les équipes sont vraiment investies. Ainsi, dans son souci d'offrir l'accessibilité aux services, les équipes s'adaptent également aux différentes cultures. Toutefois, le soutien pour la traduction demeure un défi pour certaines équipes dont la clientèle se présente sans rendez-vous (par exemple, dans la salle d'accouchement).

En ce qui concerne les critères organisationnels de bonne pratique, les équipes ont démontré leur rigueur pour le dépistage et la gestion des cas en matière de prévention du suicide et d'intervention en situation de crise ainsi que l'intégrité de la peau. Quant au bilan comparatif des médicaments, l'établissement est invité à poursuivre les démarches auprès des cliniciens de certains services. Par ailleurs, la reprise périodique des exercices de simulation des codes d'urgence s'avère essentielle pour assurer la sécurité des soins et des services.

Au niveau des ressources humaines, les équipes sont félicitées pour le travail accompli quant au recrutement de la main-d'œuvre grâce à la mise en place de plusieurs initiatives innovantes. On peut citer en exemple les aides sociales qui sont devenues des travailleuses sociales ainsi que des stagiaires qui ont choisi de rester comme candidates à la profession infirmière, puis comme infirmières. La situation demeure fragile dans certains secteurs d'activités en raison de l'attrait des grandes villes et des grands centres. L'établissement est invité à poursuivre ses stratégies de fidélisation. L'établissement est également encouragé à intensifier ses activités de reconnaissance formelles à l'endroit des employés.

Quant à la performance, les gestionnaires suivent les indicateurs prédéterminés. Cette culture de la mesure devrait être déployée dans les services de proximité afin de renforcer la cohérence et l'efficacité des actions qui doivent être mises en place.

Enfin, la Direction du programme Jeunesse, dans sa quête constante de l'excellence, développe des stratégies pour répondre aux besoins variés des usagers tout en considérant le bien-être global de la population desservie. Ce modèle d'engagement et de performance reflète la vision et le leadership de l'équipe.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Pistes d'amélioration

- Intensifier les formations et simulations critiques
- Élaborer une politique de prévention et d'intervention en violence conjugale
- S'ajuster à l'augmentation croissante des demandes par rapport à l'offre de services
- Encourager le recrutement de la main-d'œuvre spécialisée
- Maintenir la formation et le soutien du personnel

Domaines d'excellence

- Engagement du personnel à l'endroit du personnel et de leurs collègues
- Soins et services centrés sur la personne
- Rigueur dans la mise en application des protocoles et des procédures
- Créativité et innovation des équipes pour répondre aux besoins des usagers

Soins centrés sur les personnes

Les équipes ont accès à des sondages de satisfaction qui démontrent un taux de satisfaction très élevé dans tous les services. Cela correspond à l'appréciation exprimée par les usagères et usagers rencontrés.

Peu importe les populations d'usagers concernées, les intervenants impliquent de façon continue les usagers dans la planification et la dispensation des soins et services qui leur sont destinés. Les équipes tiennent compte des préférences émotionnelles, spirituelles et culturelles des usagères, des usagers et de leurs proches. Les intervenants sont soucieux d'informer leur clientèle concernant des droits et responsabilités.

L'implication des usagers dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services offerts varient selon les secteurs visités. Les responsables du programme-service sont encouragés à s'inspirer des secteurs qui ont engagé ce dialogue avec les usagères et usagers à s'en inspirer pour développer cette pratique organisationnelle dans les autres secteurs.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Des plans spécifiques d'amélioration de la qualité sont mis en place, mais ils présentent certaines variations selon les secteurs. Certaines actions visant l'amélioration de la qualité ne sont pas formalisées. L'établissement est invité à les formaliser et à les harmoniser. Les gestionnaires sont tous sensibilisés à l'importance de partager les informations relatives aux plans d'amélioration continue de la qualité avec leurs équipes. Toutefois, les moyens mis en place ne semblent pas toujours adaptés. En effet, certains intervenants ne semblent pas connaître ces plans ni leurs résultats.

En tenant compte de la variabilité des plans, il serait pertinent que certains gestionnaires aient un soutien technique afin de les outiller quant à la préparation des plans d'amélioration de la qualité et de leur exécution.

Une attention particulière pourrait être portée au niveau de la diffusion des données en lien avec la culture de la mesure. Bien que l'établissement possède des outils pour alimenter les équipes en données sur un grand nombre d'indicateurs, principalement ceux prescrits par Santé Québec, compte tenu du volume, il est probable que certains éléments importants ne soient pas saisis au moment opportun. Par ailleurs, il faudra considérer la pertinence de mettre à la disposition des gestionnaires des données qui peuvent soutenir des projets locaux. L'utilisation de stations visuelles de gestion opérationnelles pourrait également soutenir l'élaboration de ces plans locaux d'amélioration de la qualité.

Il paraît pertinent de mentionner la rigueur dans la transmission des informations aux points de transition. Le «Nursing pass» est un bel exemple d'amélioration de la qualité. Cet outil a été mis en place afin d'améliorer la transmission d'informations au point de transition.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre est agréé à la suite de l'évaluation au premier cycle du programme Qmentum Québec. Ce statut est maintenu jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, suivant le deuxième cycle.

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
CISSS Montérégie-Centre	Excellence des soins et services
CLSC de la Vallée-des-Forts	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)
CLSC de la Vallée-des-Forts	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CLSC et aire ouverte de la rue Champlain	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CLSC Saint-Hubert	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Hôpital Charles-Le Moyne	Soins et services en périnatalité (usagers admis)
Hôpital Charles-Le Moyne	Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Installation	Chapitre
Hôpital Charles-Le Moyne	Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)
Hôpital du Haut-Richelieu	Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)
Institut Nazareth et Louis-Braille Longueuil	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Maison de naissance du Richelieu	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Résultats 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 manuels d'évaluation 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.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

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.)	5	0	0	5
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	18	0	1	19
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	30	0	1	31
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	0	1	19
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	106	2	3	111
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	215	3	19	237
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	110	0	8	118
Total	506	5	33	544

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Excellence des soins et services	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Programme de prévention du suicide	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	5 / 5	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	6 / 6	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	0 / 0	S.O.
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	6 / 6	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	6 / 6	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	0 / 0	S.O.
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	3 / 3	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%
Total		137 / 138	99.28%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Excellence des soins et services

Évaluation du chapitre : 97,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La Direction du programme Jeunesse se démarque par son agilité à adapter les services aux caractéristiques psychosociales des usagers afin de faire la différence dans la vie des jeunes. Des objectifs clairs et précis sont établis pour atteindre les cibles et même les dépasser. Les équipes sont flexibles et mettent en place différentes stratégies pour répondre aux besoins des usagers au moment opportun. Des trajectoires bien établies définissent le plan de soins et services dès le premier contact jusqu'à la fin de l'épisode de soins ou de services. Les équipes contribuent au désengorgement de l'urgence en mettant en place des stratégies pour assurer la fluidité, comme la réorientation vers la clinique ambulatoire de pédiatrie, les plages horaires réservées pour l'urgence, le congé précoce et l'orientation vers la médecine de jour. De plus, la Clinique CRDS permet de répondre à la priorité établie par le médecin référent.

Grâce à la collaboration entre les différentes directions et professions, une transition efficace et bienveillante est mise en place vers l'âge adulte. Les équipes s'assurent de la continuité des services que ce soit dans un autre programme ou en milieu communautaire, en fonction des besoins de l'utilisateur. Il importe de mentionner que le volume sans cesse croissant des demandes dépasse nettement l'offre de services pour les jeunes en difficulté. La qualité et la sécurité des soins et des services sont assurées en mettant en place différentes politiques et procédures qui constituent des outils d'aide à la décision ou des directives organisationnelles.

La collecte d'informations est effectuée à l'aide de formulaires standardisés et le plan d'intervention individualisé est élaboré par les équipes en collaboration avec les parents ou l'utilisateur lui-même, selon le cas. Les sondages, les audits et les plans d'amélioration avec des objectifs précis et mesurables selon les indicateurs et les cibles constituent également des moyens pour l'amélioration constante de la qualité. Une collaboration entre les directions et entre les professionnels permet aux équipes d'assurer la continuité des soins et des services. Par ailleurs, il paraît pertinent de mentionner la cogestion médico-administrative observée dans les installations visitées.

L'adhésion des équipes aux meilleures pratiques basées sur des données probantes, leur participation aux études multicentriques de recherche ont permis de mettre en place des initiatives telles que « Tout doux » pour soulager la douleur chez les enfants, « MS booking » pour offrir une meilleure accessibilité aux partenaires de 3e ligne et aux jeunes. Les gestionnaires font la promotion de l'expertise au moyen de différentes activités de formation, le partage de connaissances, le codéveloppement et l'encadrement des pratiques.

Le CISSS de la Montérégie Centre est reconnu pour être un environnement accueillant et apprécié des stagiaires. C'est dans ce contexte que l'Hôpital du Haut-Richelieu a été mis en nomination pour être récipiendaire d'un prix de reconnaissance. Grâce à des partenariats efficaces établis avec des établissements de 3e ligne et organismes communautaires, les équipes assurent la continuité des soins et des services pour les cas plus complexes ou requérant un suivi. Selon l'information obtenue, il semble qu'il n'y a pas d'entente formelle avec plusieurs partenaires.

La gestion de proximité permet d'offrir les services au bon moment tout en les adaptant aux caractéristiques sociodémographiques variées des usagers. Les soins et services sont dispensés avec bienveillance et respect aux différentes communautés du territoire et les équipes sont vraiment investies. Ainsi, dans le souci d'offrir un accès aux services, les équipes s'adaptent également aux différentes cultures. Toutefois, le soutien pour la traduction demeure un défi pour certaines équipes dont la clientèle se présente sans rendez-vous (par exemple dans les salles d'accouchement).

En ce qui concerne les critères organisationnels de bonne pratique, les équipes ont démontré leur rigueur pour le dépistage et la gestion des cas en matière de prévention du suicide et d'intervention en situation de crise ainsi que l'intégrité de la peau. Quant au bilan comparatif des médicaments, l'établissement est invité à poursuivre les démarches auprès des cliniciens dans certains services. Par ailleurs, la reprise périodique des exercices de simulation des codes d'urgence s'avère essentielle pour assurer la sécurité des soins et des services.

Au niveau des ressources humaines, les équipes sont félicitées pour le travail accompli quant au recrutement de la main-d'œuvre grâce à la mise en place de plusieurs initiatives innovantes. On peut citer, par exemple, les aides sociales qui sont devenues des travailleuses sociales ainsi que des stagiaires qui ont choisi de rester comme candidates à l'exercice de la profession infirmière, puis comme infirmières. La situation demeure fragile dans certains secteurs d'activités en raison de l'attrait des grandes villes ou des grands centres. L'établissement est invité à poursuivre ses stratégies de fidélisation. L'établissement est également encouragé à intensifier ses activités de reconnaissance formelles à l'endroit des employés.

Quant à la performance, les gestionnaires suivent les indicateurs prédéterminés. Cette culture de la mesure devrait être déployée dans les services de proximité afin de renforcer la cohérence et l'efficacité des actions qui doivent être mises en place.

Enfin, la Direction du programme Jeunesse, dans sa quête constante de l'excellence, développe des stratégies pour répondre aux besoins variés des usagers tout en considérant le bien-être global de la population desservie. Ce modèle d'engagement et de performance reflète la vision et le leadership de l'équipe.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Excellence des soins et services

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.18	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'environnement physique est fonctionnel, sécuritaire et favorable au respect de la confidentialité, et ce, en collaboration avec les directions de l'établissement concernées.	Priorité élevée
1.3.4	Les gestionnaires du programme-services effectuent de façon périodique des exercices de simulation pour valider les plans d'interventions et les procédures d'évacuation des établissements lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de cette visite, les visiteurs ont pu rencontrer l'équipe de Santé parentale et infantile (SPI) du CLSC de la Vallée-des-Forts ainsi que l'équipe de la Maison de naissance du Richelieu.

L'équipe de la Vallée-des-Forts (SPI), composée majoritairement d'infirmières, offre des services prénataux et postnataux à la clientèle accouchant sur son territoire local (3957 naissances en 2024, dont 1719 provenant du territoire desservi par le CLSC). Quant à l'équipe de la Maison de naissance (MDN), constituée majoritairement de sages-femmes, elle dessert tout le territoire de la Montérégie (288 suivis en 2023-2024).

La SPI offre notamment des rencontres prénatales virtuelles, des visites postnatales 24 à 48 heures post-accouchement, du suivi d'allaitement, de la vaccination, l'ABCDaire, etc. Elle collabore aussi depuis peu avec la Direction de la santé publique (DSPu) pour effectuer les visites postnatales des clientes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) qui étaient effectuées auparavant par la DSPu.

Du côté de la MDN, le mandat est d'assurer le suivi personnalisé auprès des femmes enceintes, durant et après la grossesse sur plusieurs aspects relatifs à la parentalité, dont l'allaitement qui souhaitent recevoir les services d'une sage-femme et qui répondent aux critères d'inclusion à ce service.

Les visiteurs ont pu constater un fort esprit d'équipe au sein des deux équipes qui se traduit par de l'entraide dans une optique de qualité et de performance. La bienveillance du personnel est aussi perceptible. Elle est exprimée par la voix des usagères rencontrées qui affirment clairement qu'elles sont consultées et impliquées dans les plans d'intervention. À cet égard, il importe de noter que les deux équipes procèdent à des sondages de satisfaction auprès des usagères et en tiennent compte dans leur suivi d'équipe.

Afin d'améliorer la qualité de leurs interventions, les intervenantes et le personnel ont accès à des formations, bénéficient de rencontres de soutien individuel, ont des réunions régulières et participent à des communautés de pratique (ex. : allaitement maternel). De plus, l'équipe SPI a un bulletin diffusé périodiquement pour informer les membres de l'équipe de tout sujet important. Cependant, il est constaté que ni la SPI ni la MDN ne se sont dotées d'un outil tel qu'une station de gestion visuelle opérationnelle pour renforcer l'amélioration continue de la qualité.

En ce qui concerne l'environnement physique, la Maison de naissance du Richelieu se distingue par ses installations simples et modernes, ainsi que par le calme et l'harmonie qui y règnent. Quant aux espaces du CLSC de la Vallée-des-Forts, bien que légèrement exigus, ils répondent aux critères de sécurité et de salubrité requis pour les services qui y sont dispensés. Pour ce qui est des visites à domicile, les deux équipes veillent à ce que les lieux soient sécuritaires pour la professionnelle, la mère et le nourrisson.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises (POR), l'équipe est félicitée pour sa conformité aux pratiques suivantes : prévention du suicide, cheminement des usagers, identification des usagers, transfert de l'information aux points de transition, évaluation des risques en matière de sécurité à domicile, optimisation de l'intégrité de la peau, réduction des blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention et prévention de la thromboembolie veineuse.

Par ailleurs, certaines pistes d'améliorations ont été identifiées lors de cette visite pour les deux équipes rencontrées. La première concerne les plans d'amélioration de la qualité dans le service. Les visiteurs ont pu constater que ce concept était mal compris et donc pas suffisamment mis en pratique au sein des équipes. Il importe ici de retenir que le plan d'amélioration ne concerne pas seulement les grands projets et qu'il doit être porté par l'équipe et impliquer le personnel. Plusieurs stratégies peuvent être déployées pour assurer la réalisation et le suivi des plans d'amélioration. Les équipes sont donc invitées à faire, de cette première recommandation, un premier projet. La deuxième piste d'amélioration concerne le repérage de la violence conjugale et l'intervention de premier niveau. Tous conviennent que la violence conjugale est un fléau et que le nombre de victimes est croissant. Les experts et les intervenants conviennent aussi que la période périnatale est un moment charnière où la femme est plus vulnérable et où des épisodes de violence sont plus susceptibles de se produire. Les visiteurs ont pu constater que les intervenants des deux équipes avaient des connaissances variables en violence conjugale. La formation sur le sujet disponible dans le cadre de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) n'est pas offerte aux infirmières et aux sages-femmes, le repérage n'est pas fait systématiquement, le référencement n'est pas connu de toutes, etc. Il est vivement recommandé à l'établissement de se doter d'une politique de prévention de la violence conjugale et de finaliser dans les meilleurs délais la révision de la trajectoire interne lors de risque d'homicide conjugal et intrafamilial pour l'élargir au repérage, au dépistage et à l'intervention.

En conclusion, il faut souligner quelques succès et points fort observés. Tant pour l'équipe SPI que pour celle de la MDN, les visiteurs ont constaté la volonté de soutenir l'allaitement maternel par différents moyens pertinents impliquant d'autres partenaires du CISSS et de la communauté ainsi que le désir de maintenir un haut niveau de compétence en la matière. Plus spécifiquement, pour l'équipe SPI, il faut mettre en lumière le projet de modernisation des rencontres prénatales en cours qui permettra le retour de rencontres en présence ainsi que la réflexion émergente pour mieux répondre aux besoins des nouveaux parents et de leur bébé entre 2 mois et 18 mois. Du côté de la Maison de naissance (MDN), il convient de souligner la qualité du suivi intégral de grossesse, naissance et post-partum des dyades de sages-femmes. Cette approche, en plus d'assurer la continuité, est un exemple d'humanisme et de respect tout en demeurant performante. La Maison de naissance (MDN) est également félicitée pour avoir relevé le défi, avec succès, de l'informatisation de ses dossiers et des références aux médecins et centres hospitaliers, et l'équipe est encouragée à poursuivre leur projet d'amélioration des services en collaboration avec l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR) pour offrir un meilleur accès aux femmes qui subissent une fausse couche durant la fin de semaine.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 99,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'Unité Mère-Enfant et la néonatalogie de l'Hôpital Charles-Le Moyne ont été visitées. Il importe de noter dès maintenant que ces deux unités se trouvent dans le même espace et que c'est le même personnel qui travaille en rotation, pour la plupart, dans les différents services de ces unités. De plus, c'est la même gestionnaire qui est responsable de ces deux unités. Ce qui explique certaines redondances dans les chapitres 3 et 4.

Les commentaires de ce chapitre se concentrent sur les activités de l'Unité Mère-Enfant, incluant les activités cliniques prénatales de la clinique de grossesse à risque élevé (GARE) ainsi que le triage obstétrical. L'unité dispose de 17 lits, dont 14 permettent le séjour complet (pré-per-postnatal) dans la même chambre, sauf en cas de débordement dans l'unité.

D'entrée de jeu, les visiteurs ont constaté l'implication de tous les membres de l'équipe, y compris des médecins, qui n'hésitent pas à intervenir spontanément dans les situations qui se présentent. La communication est fluide et respectueuse entre les intervenants. Le fait que les infirmières sont appelées à jouer différents rôles au sein des unités favorise la compréhension mutuelle des enjeux et des défis. De plus, la gestion favorise l'autogestion des horaires, ce qui renforce la responsabilisation et le sens de l'entraide. Dans tous les services de l'unité mère-enfant, la bienveillance du personnel est aussi perceptible. Elle est exprimée par la voix des usagères rencontrées qui affirment clairement qu'elles sont consultées et impliquées à toutes les étapes du travail jusqu'à la période post-partum, ce qui a pu être constaté dans les plans d'intervention. De plus, les usagères sont invitées à compléter un sondage de satisfaction via un code Q/R dont les résultats très favorables sont partagés avec l'équipe. Afin d'améliorer la qualité de leurs interventions, les intervenants et le personnel ont accès à des formations générales et spécifiques nommées AMPRO OB, qui visent à assurer une gestion sécuritaire des modes d'accouchement. L'équipe bénéficie également d'un espace de discussion de cas sur certaines thématiques dans l'objectif d'améliorer les soins. L'équipe tient aussi des réunions et reçoit des informations au moyen de leur bulletin interne «La Couvée». La préoccupation du roulement du personnel est évoquée particulièrement dans un des quarts de travail entraînant des préoccupations reliées à la qualité. À cet égard, des moyens sont mis en place pour soutenir cette équipe. L'environnement physique et l'accès à certains matériels représentent un enjeu à l'unité mère-enfant. Ainsi, il est constaté dans la salle où se déroule la clinique prénatale GARE qu'une civière passe difficilement pour déplacer une usagère qui aurait besoin d'être transportée. De plus, le poste de secrétariat du triage obstétrical est adossé à un bureau de consultation médicale où les usagères passent à côté de l'adjointe administrative, ce qui implique un défi de confidentialité tant pour l'adjointe administrative que pour le médecin. Par ailleurs, il a été mentionné aux visiteurs que l'unité dispose de six chariots pour les accouchements, alors qu'elle compte 17 lits. Dans les périodes de pointe, une gestion rigoureuse de ce matériel est donc nécessaire.

En ce qui a trait aux pratiques organisationnelles requises (POR), l'équipe est félicitée pour la conformité des pratiques suivantes : prévention du suicide, cheminement des usagers, identification des usagers, transfert de l'information aux points de transition, maintien à jour d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions, optimisation de l'intégrité de la peau, réduction des blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention et prévention de la thromboembolie veineuse.

Par ailleurs, certaines pistes d'améliorations ont été identifiées lors de cette visite. La première concerne les plans d'amélioration de la qualité dans le service. Les visiteurs ont pu constater que ce concept était mal compris et donc pas suffisamment mis en pratique au sein des équipes. Il importe ici de retenir que le plan d'amélioration ne concerne pas seulement les grands projets et qu'il doit être porté par l'équipe et impliquer le personnel. Plusieurs stratégies peuvent être déployées pour assurer la réalisation et le suivi des plans d'amélioration. Les équipes sont donc invitées à faire, de cette première recommandation, un premier projet. La deuxième piste d'amélioration concerne les formations d'interventions d'urgence chez les nouveau-nés. L'établissement est encouragé à intensifier cette offre de formation et les simulations afin d'outiller le personnel infirmier pour faire face à toute situation possible. Il est aussi suggéré que les trajectoires d'intervention d'urgence soient visibles dans les salles d'accouchement. Enfin, il est suggéré que des actions soient déployées pour repérer les situations de violence conjugale (VC) et l'intervention de premier niveau. Tous conviennent que la violence conjugale est un fléau et que le nombre de victimes est croissant. Les experts et les intervenants conviennent aussi que la période périnatale est un moment charnière où la femme est plus vulnérable et aussi une période où des épisodes de violence sont plus susceptibles de se produire. Les visiteurs ont pu constater que les intervenants avaient des connaissances variables sur le sujet. La formation sur le sujet disponible dans le cadre de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) n'est pas offerte aux infirmières et aux sages-femmes, le repérage n'est pas fait systématiquement, le référencement n'est pas connu de toutes, etc. L'établissement est vivement encouragé à se doter d'une politique de prévention de la VC et à finaliser, dans les meilleurs délais, la révision de la trajectoire interne en cas de risque d'homicide conjugal et intrafamilial, afin de l'élargir au repérage, au dépistage et à l'intervention.

En conclusion, les visiteurs souhaitent souligner quelques succès et points forts observés. Le premier réfère à la décision qui a été prise de permettre aux infirmières d'occuper différentes fonctions dans l'unité et en néonatalogie. Cette orientation a, selon plusieurs répondantes, un impact positif sur l'efficacité et sur l'agilité, ce qui profite aux usagères. L'harmonisation des protocoles entre l'Hôpital Charles-Le Moyne et l'Hôpital du Haut-Richelieu réalisé à plus de 90 % est un autre point fort, de même que la mise en place du dépistage de la surdité chez le nouveau-né et l'entretien motivationnel avec les parents pour la vaccination.

Le personnel de l'unité mère-enfant est conscient qu'il y a encore de grands défis à relever pour améliorer la qualité et la sécurité des services dans une optique d'efficience. On fait ici référence au déploiement complet du dossier informatisé et au plan d'amélioration à élaborer pour répondre à l'augmentation importante du nombre de femmes enceintes atteintes de diabète de grossesse. L'établissement est encouragé à entreprendre ces démarches.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.22	L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services en périnatalité.	Priorité normale

Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 99,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'Unité Mère-Enfant et la néonatalogie de l'Hôpital Charles-Le Moyne ont été visitées. Il importe de noter dès maintenant que ces deux unités se trouvent dans un même espace et que c'est le même personnel qui travaille en rotation, pour la plupart, dans les différents services de ces unités. De plus, c'est la même gestionnaire qui est responsable de ces deux unités. Ce qui explique certaines redondances dans les chapitres 3 et 4.

Les commentaires de ce chapitre portent sur les activités de l'Unité de néonatalogie de niveau 2A (soins intermédiaires), qui comprend des transferts vers des hôpitaux plus spécialisés et des rapatriements selon des critères préétablis. L'unité dispose de sept isolettes.

Lors de la visite, il a été possible d'observer la dynamique de l'équipe pendant une intervention d'urgence. L'implication et la complémentarité de tous les membres de l'équipe, incluant les médecins sur place, ont été observées. La communication est fluide et respectueuse entre les intervenants. Le fait que les infirmières sont appelées à jouer différents rôles dans les unités favorise la compréhension mutuelle des enjeux et défis. De plus, la gestion favorise l'autogestion des horaires, ce qui renforce la responsabilisation et le sens de l'entraide. La bienveillance du personnel est manifeste, comme témoignent les usagères et les conjoints rencontrés. Ils affirment clairement qu'ils sont consultés et impliqués dans la démarche de soins de leur nouveau-né et d'eux-mêmes. Plus spécifiquement, dans le cadre d'un rapatriement, les parents ont souligné la bienveillance des intervenants. Ils disent se sentir « enveloppés ». Le seul bémol exprimé réside dans le fait que d'un quart de travail à l'autre, ils reçoivent parfois des avis et des conseils différents.

Afin d'améliorer la qualité de leurs interventions, les intervenants et le personnel ont accès à des formations générales et spécifiques nommées AMPRO OB, dont certaines concernent les interventions d'urgence auprès du nouveau-né. L'équipe bénéficie aussi d'un espace de discussion de cas sur certaines thématiques dans l'objectif d'améliorer les soins. Elle tient également des réunions et reçoit des informations au moyen de leur bulletin interne « La Couvée ». Le roulement du personnel est évoqué particulièrement dans un des quarts de travail entraînant des préoccupations reliées à la qualité. À cet égard, des moyens sont mis en place pour soutenir cette équipe. L'environnement physique et l'organisation des lieux en néonatalogie sont adéquats et sécuritaires. À la suite d'un projet d'amélioration avec le milieu universitaire, des ajustements ont été faits au niveau de l'éclairage sur l'unité pour favoriser le calme et le repos des prématurés. Il est également constaté que les trajectoires pertinentes sont accessibles de même que le matériel nécessaire aux interventions.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises (POR), l'équipe est félicitée pour la conformité aux pratiques suivantes : prévention du suicide, cheminement des usagers, identification des usagers, transfert de l'information aux points de transition, maintien à jour d'une liste précise des médicaments lors des points de transition, optimisation de l'intégrité de la peau, réduction des blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention et prévention de la thromboembolie veineuse.

Par ailleurs, certaines pistes d'améliorations ont été identifiées lors de cette visite. La première concerne les plans d'amélioration de la qualité dans le service. Les visiteurs ont pu constater que ce concept était mal compris et donc pas suffisamment mis en pratique au sein des équipes.

Il importe ici de retenir que le plan d'amélioration ne concerne pas seulement les grands projets et qu'il doit être porté par l'équipe et impliquer le personnel. Plusieurs stratégies peuvent être déployées pour assurer la réalisation et le suivi des plans d'amélioration. Les équipes sont donc invitées à faire, de cette première recommandation, un premier projet. La deuxième piste d'amélioration concerne les formations d'interventions d'urgence chez les nouveau-nés. L'établissement est encouragé à intensifier cette offre de formation afin d'outiller le personnel infirmier pour faire face à toute situation possible.

En conclusion, il convient de souligner quelques succès et points forts observés. Le premier réfère à la décision qui a été prise de permettre aux infirmières d'occuper différentes fonctions dans l'unité mère-enfant et en néonatalogie. Cette orientation a, selon plusieurs répondantes, un impact positif sur l'efficacité et sur l'agilité au bénéfice des usagers. L'harmonisation des protocoles entre l'Hôpital Charles-Le Moyne et l'Hôpital du Haut-Richelieu réalisé à plus de 90 % est un autre point fort, de même que la mise en place du dépistage de la surdité chez le nouveau-né et l'entretien motivationnel avec les parents pour la vaccination. Plus spécifiquement, les visiteurs souhaitent mettre en lumière le projet de soins effectué en collaboration avec l'Hôpital Sainte-Justine pour améliorer les soins prodigués aux nouveau-nés ayant des besoins particuliers.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.28	L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services en néonatalogie.	Priorité élevée

Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Hôpital Charles-Le Moyne et Hôpital du Haut-Richelieu

Les cliniques ambulatoires pédiatriques desservent les usagers de moins de 18 ans provenant du secteur de la Montérégie-Centre. Ces cliniques offrent un suivi général en pédiatrie, incluant un suivi infirmier, de la médecine de jour, et de la médecine spécialisée pédiatrique.

Les services spécialisés comprennent une clinique d'allergie (Hôpital Charles-Le Moyne), de cardiologie, de physiothérapie, de troubles de la conduite alimentaire, ainsi qu'une clinique pour les usagers référés par le Centre de répartition des demandes de service (CRDS). La Clinique effectue également des examens diagnostiques, des antibiothérapies, des cystographies fictionnelles, le suivi de nouveau-nés prématurés, ainsi qu'un large éventail d'interventions pédiatriques.

La Clinique de pédiatrie fonctionne 7 jours sur 7, de 8 heures à 16 heures; elle offre un accès rapide et une accessibilité quotidienne. Il est important de souligner qu'il n'y a pas de liste d'attente, à l'exception de la clinique d'allergologie, dont le délai d'attente est de six mois.

Grâce au fonctionnement de la médecine de jour, la Clinique contribue à diminuer considérablement la durée moyenne de séjour ainsi que le taux d'hospitalisation (50 % pour l'unité pédiatrique de l'Hôpital Charles-Le Moyne). La Clinique de pédiatrie contribue également à désengorger l'urgence. En effet, des stratégies sont mises en place pour assurer la fluidité. Des plages horaires sont réservées pour l'urgence afin de réorienter les enfants qui ne requièrent pas de soins urgents. Une réorientation est effectuée également pour un rendez-vous dans les 24 heures en médecine de jour.

Aussi, la Clinique permet également d'assurer des congés précoces pour les enfants de l'unité de pédiatrie, en prenant en charge les enfants à la Clinique ambulatoire lorsque leur condition le permet. Il existe également une clinique de CRDS (Centre de répartition des demandes de services) pour assurer les consultations en pédiatrie selon la priorité émise par le médecin.

Un système informatisé de prise de rendez-vous, le MS Booking, a été mis en place pour la réorientation des enfants ou des jeunes se présentant à l'Hôpital Sainte-Justine ou à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

La clinique compte six équivalents temps plein : deux infirmières, une infirmière auxiliaire, deux agents administratifs, et un préposé aux bénéficiaires. L'équipe est composée de plusieurs professionnels travaillant en interdisciplinarité.

La formation continue est un aspect important de la clinique. Les pédiatres organisent eux-mêmes des formations. De plus, les équipes de la pédiatrie, de l'inhalothérapie et de l'infirmierie ont mis sur pied une formation pour la réanimation pédiatrique.

Plusieurs projets innovants ont été mis en place pour améliorer l'expérience des jeunes usagers, notamment : un projet de tuiles au plafond en collaboration avec des élèves d'arts visuels, pour détourner l'attention des enfants durant certaines procédures.

Un projet de divertissement Nintendo offrant des jeux aux enfants dans un casque virtuel, utilisé dans le cadre des programmes «Tout doux» pour soulager la douleur procédurale.

L'équipe travaille en collaboration avec plusieurs partenaires internes et externes pour référer en 3e ligne dans les cas complexes ou pour assurer la continuité des soins et des services. Bien qu'il existe des ententes formelles avec certains partenaires, plusieurs collaborations reposent sur des ententes informelles. Il serait peut-être pertinent de formaliser certaines ententes de collaboration.

Les équipes organisent régulièrement des sondages et utilisent les résultats pour améliorer la qualité des services. Elles travaillent également avec des indicateurs et un plan d'action pour une amélioration constante de la qualité. Les résultats sont diffusés via une page Facebook et l'intranet.

Dans un contexte d'amélioration de la qualité, il serait pertinent d'évaluer la confidentialité à la clinique d'allergie de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Par ailleurs, il serait peut-être utile de considérer l'installation d'un système d'alarme dans la salle d'attente de la Clinique d'allergie en attendant qu'il y ait une surveillance plus rigoureuse du personnel. Il semble que l'équipe travaille avec des effectifs réduits en raison de départs pour de grands centres ou des congés de maternité. L'équipe est invitée à déployer des stratégies de rétention du personnel. Si possible, il faudra poursuivre le projet de déménagement compte tenu de l'encombrement et de la vétusté des lieux.

Par ailleurs, l'équipe est invitée à remettre en place les exercices réguliers de simulation des codes d'urgence.

Enfin, toutes les équipes visitées sont félicitées pour le travail extraordinaire qui est réalisé au quotidien avec tant de dévouement et de passion dans un contexte parfois difficile.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 98,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au cours de cette visite, les visiteurs ont rencontré le personnel de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, du CLSC Saint-Hubert, du CLSC de la Vallée-des-Forts et du CLSC et aire ouverte de la rue Champlain.

Le service du Programme Agir tôt est composé d'orthophonistes, de techniciens en éducation spécialisée, de travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de neuropsychologues, de psychologues, de spécialistes en activités cliniques et d'agentes administratives.

Différentes stratégies ont été mises en place afin de répondre aux différents besoins des enfants et des jeunes. Selon la problématique dépistée, les enfants sont orientés vers l'une ou plusieurs des trajectoires suivantes : le langage, la motricité sensorielle, le développement social et affectif, le développement global et l'évaluation diagnostique du trouble du spectre de l'autisme. Le programme «Agir tôt» est un fleuron du CISSS de la Montérégie Centre. Selon le personnel rencontré, un enfant sur trois présente des troubles du développement et est considéré comme vulnérable, d'où le volume important de références. Ainsi, l'équipe doit être agile et créatrice pour adapter la trajectoire selon les besoins des enfants tout en offrant la meilleure accessibilité possible.

Étant donné que 70 % de ces jeunes enfants présentent un trouble de difficulté de langage, et, compte tenu du manque d'effectifs en orthophonie, l'équipe a mis en place des idées innovantes afin d'offrir le service au plus grand nombre d'enfants. C'est dans ce contexte qu'une trajectoire de développement sans orthophoniste a été mise en place. Ce programme comprend un ensemble d'outils, de stimulations et d'évaluations. Un programme de formation a été mis en place afin que les éducateurs spécialisés disposent de suffisamment d'outils pour stimuler, évaluer et intégrer les enfants. Cette approche vise à les préparer à rencontrer les orthophonistes. De plus, les travailleurs sociaux en place s'assurent de la stimulation parentale et langagière et déterminent le profil d'enfant qui doit débiter le programme selon les besoins dépistés, en attendant que l'enfant soit évalué par l'orthophoniste.

Le programme «Agir tôt» vise les enfants de 0 à 5 ans présentant des difficultés développementales. Il couvre les deux réseaux locaux de santé de la Montérégie Centre. L'intensité et la modalité des services sont adaptées aux besoins de l'enfant et sa famille.

L'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux, incluant le trouble du spectre de l'autisme, est effectuée en collaboration avec les intervenants «d'Agir tôt». L'accès au programme se fait par l'intermédiaire d'un guichet d'accès. 84 % des usagers reçoivent un premier service dans un délai de moins de 30 jours. Selon les gestionnaires, le délai moyen pour un deuxième service est de 3 mois. Toutefois, il existe un filet de sécurité pour les cas urgents.

Les intervenants du service collaborent avec divers partenaires internes et externes, incluant les milieux de garde, les organismes communautaires, les services spécialisés et les centres de services scolaires. Les usagers ou les familles sont invités à participer à l'élaboration de leur plan d'intervention, à l'analyse des résultats et à des sondages de satisfaction. Les personnes rencontrées sont satisfaites des services à l'exception d'une famille anglophone qui a mentionné le manque d'orthophoniste anglophone, même en privé, et le fait que l'enfant était obligé d'attendre à la suite de son transfert dans un autre secteur.

Différentes stratégies ont été mises en place afin de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes et des familles qui rencontrent des difficultés relationnelles, développementales, d'adaptation ou qui sont en situation de crise psychosociale ou familiale ou qui vivent dans un contexte de négligence. Parmi ces interventions, on peut citer, notamment, celles de proximité dans les milieux de vie (domicile, école), ou en milieu communautaire. Plusieurs programmes ont également été mis en place, comme «Je tisse des liens» pour un soutien intensif aux parents, l'approche «École en santé» pour la prévention et la promotion de la santé, ou encore «Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)» pour une intervention rapide à l'intérieur de deux heures. Une garde jusqu'à 22 heures permet d'effectuer une intervention dans les cas urgents. Un partenariat avec différents organismes communautaires et établissements de santé permet d'assurer des services de qualité dans un contexte de collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle. Grâce à cette collaboration, la transition s'effectue en toute sécurité au moment opportun.

En dépit des contraintes inhérentes au travail quotidien, l'équipe est motivée et engagée. Les professionnels rencontrés effectuent leurs tâches avec professionnalisme, respect et bienveillance envers cette population vulnérable.

Lors de cette visite, les visiteurs ont également pu rencontrer l'équipe du programme «Aire-Ouverte (AO)» au CLSC de Champlain. L'équipe est composée en majorité d'intervenants sociaux qui offrent des services de proximité à des jeunes de 12 à 25 ans. La caractéristique première des interventions individuelles est l'intervention de séance unique (ISU). L'ISU est une intervention ponctuelle axée sur la recherche de solution pour répondre à la spontanéité des adolescents. Elle vise aussi à créer un climat de confiance avec le jeune pour qu'il accepte d'autres services au besoin. En plus des rencontres individuelles, l'équipe se déplace dans tout le territoire pour faire de la sensibilisation et de la promotion, des activités de groupe, des activités dans la communauté et dans les ressources. Au CLSC de Champlain, AO est jumelée avec la clinique jeunesse, offrant ainsi une trajectoire santé et psychosociale aux jeunes qui se présentent au CLSC avec ou sans rendez-vous du lundi au vendredi. Les fins de semaine, les services sont offerts dans la communauté à la demande des jeunes.

Les problématiques couvertes par AO sont la prévention, l'éducation et l'information sur l'alcool, les drogues, les jeux de hasard et d'argent, l'utilisation problématique d'internet, le soutien au logement, l'assistance juridique générale, etc. L'équipe se distingue par son agilité et son originalité dans l'offre de service. Elle collabore avec les autres services de la direction Jeunesse et Santé mentale, avec la direction de santé publique (DSPu) et avec les organismes du milieu qui soutiennent les jeunes. Le jeune est au cœur de l'intervention des intervenants d'AO ainsi que les parents qui accompagnent leur adolescent. Les interventions sont orientées sur le jeune et ses besoins dans le moment présent.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises (POR), l'équipe est félicitée pour la conformité aux pratiques suivantes : prévention du suicide, cheminement des usagers, identification des usagers, transfert de l'information aux points de transition, évaluation des risques en matière de sécurité à domicile.

Par ailleurs, certaines pistes d'améliorations ont été identifiées lors de cette visite. La première piste pourrait mener à un plan d'amélioration intradirection sur le référencement vers d'autres services, notamment en santé mentale, afin de réduire le temps d'attente pour la prise en charge et d'éviter la démobilisation du jeune. La seconde piste d'amélioration semble déjà à l'étape de projet. Il s'agit de la formation sur la gestion de risque en contexte d'intervention afin d'assurer la sécurité des intervenants qui agissent avec des jeunes parfois imprévisibles et potentiellement violents.

En terminant, les visiteurs souhaitent souligner quelques succès et points forts observés. Parmi les succès qui sont le produit de la créativité des membres de l'équipe, on peut citer l'activité d'improvisation, le comité Jeunes, les ateliers ZEN (méditation). Au chapitre de l'accessibilité, on peut également mentionner l'unité mobile qui permet de rejoindre les jeunes partout et le système de prise de rendez-vous en ligne «Booking», qui offre la possibilité de prendre un rendez-vous sur son téléphone portable et même de choisir le lieu de son rendez-vous. L'établissement est encouragé à poursuivre dans cette voie créative et innovante au bénéfice des jeunes.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.29	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
6.1.29.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	