



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 2 - Jeunesse

Rapport publié: 16/10/2025

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	9
Aperçu de l'amélioration de la qualité	10
Décision d'agrément	11
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	11
Résultats selon les dimensions de la qualité	14
Pratiques organisationnelles requises	15
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	19
Excellence des soins et services	19
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	23
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	29
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	34
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	38
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	41
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	45

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 30 mars 2025 au 04 avril 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 gestionnaires, 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-Est est un établissement public qui offre des services de santé et des services sociaux à la population et qui regroupe l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie pour les services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Le CISSS de la Montérégie-Est dessert une population de 550 000 personnes. Il couvre une superficie de 3 485 km² et englobe six municipalités régionales de comté (MRC), à savoir : Acton, Les Maskoutains, La Vallée-du-Richelieu, L'Agglomération de Longueuil, Marguerite-D'Youville et Pierre-De Saurel.

Il emploie plus de 16 500 employés, dont 881 médecins, dentistes et pharmaciens, œuvrant dans divers services de santé et de services sociaux. La structure bénéficie également de la contribution de plus de 675 bénévoles présents dans différents secteurs, apportant un soutien précieux à la communauté.

De plus, le développement et l'amélioration des services sont soutenus par 12 fondations qui jouent un rôle essentiel dans le financement et la mise en place de nombreux projets et initiatives.

Sa mission est de maintenir, améliorer et rétablir la santé et le bien-être de la population du réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Est en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité.

Le CISSS de la Montérégie-Est assure également la protection de la jeunesse et la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, en accompagnant leurs familles à travers des services spécialisés en Montérégie.

Sa vision est d'offrir des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population de la Montérégie-Est ainsi que des services de protection et de réadaptation accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des jeunes en difficulté et à leur famille pour l'ensemble de la Montérégie-Est.

Ses valeurs fondamentales sont le respect, la considération, l'excellence professionnelle, la collaboration, l'engagement sincère et l'intégrité.

Les attentes de la présente visite sont les suivantes :

- Évaluer la prestation de soins et services des programmes-services pour assurer une offre de soins et services qui est accessible, sécuritaire, efficace et adaptée aux besoins de la population, et soutiennent l'importance d'une approche d'amélioration continue de la qualité et des partenariats qui s'imposent.
- Avoir une observation objective de l'état de situation de nos services et pratiques en se comparant à des standards d'excellence.
- Connaître des pistes d'amélioration dans une perspective d'organisme avec une culture d'apprentissage Mobiliser les équipes dans une approche d'amélioration continue.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'interdisciplinarité et la collaboration sont des approches centrales pour garantir une prestation optimale des soins et services. Ces dynamiques s'étendent tant à la collaboration externe avec la communauté et les partenaires qu'à l'interne, entre les divers programmes et services. De nombreux sites démontrent une forte collaboration externe, particulièrement dans le cadre des partenariats avec les organismes communautaires. Par exemple, les équipes en périnatalité et néonatalogie à l'Hôpital Honoré Mercier (HHM) établissent des liens solides avec les partenaires externes pour mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables. De même, le CLSC des Seigneuries de Varennes collabore étroitement avec divers spécialistes et met un point d'honneur à intégrer des formations continues pour renforcer ces relations. Les équipes mettent également en avant une collaboration interdisciplinaire au sein de leurs structures. Au CLSC Les Maskoutains, cette cohésion est soutenue par la direction, qui favorisent la synergie entre professionnels et gestionnaires. À l'Hôtel-Dieu, une collaboration exemplaire entre infirmières, médecins et gestionnaires se distingue en clinique externe. La structure des équipes et les outils sont des leviers importants pour renforcer l'interdisciplinarité. Dans le cadre des services psychosociaux à Saint-Hyacinthe, des outils comme le plan de services individualisés (PSI) sont implantés pour assurer une prise en charge coordonnée entre les directions. Par ailleurs, certaines équipes, comme celle de « Agir tôt - Saint-Hyacinthe », excellent par leur soutien mutuel, même au-delà de leurs secteurs principaux. L'intégration interdisciplinaire se reflète dans la diversité des expertises réunies au sein des équipes. Par exemple, le travail conjoint entre infirmières, nutritionnistes et travailleurs sociaux au CLSC des Seigneuries est un modèle de collaboration en consultation et intervention clinique. Les foyers de groupe, tels que « L'Équipée » et « L'Escargot », démontrent également une interdisciplinarité bien ancrée et un rôle clair pour chaque membre de l'équipe. Ces constats confirment que l'interdisciplinarité, soutenue par des partenariats solides et des structures adaptées, est essentielle pour optimiser les soins et services tout en répondant efficacement aux besoins des usagers.

La continuité des trajectoires de soins constitue une priorité pour assurer une réponse adéquate aux besoins des usagers et de la population ciblée. Cette approche repose sur la coordination des soins et services, l'accessibilité des ressources et la sécurisation des transitions entre programmes et partenaires. Dans l'ensemble des sites étudiés, une attention particulière est portée à l'adaptation des soins pour répondre aux besoins spécifiques des clientèles. Par exemple, au HHM en pédiatrie ambulatoire, un continuum de soins harmonisé est mis en œuvre grâce à l'agilité des services et à une volonté de standardiser les outils et approches à travers les établissements. En périnatalité et néonatalogie, les équipes s'efforcent de proposer une offre de services fluide, en collaboration avec les partenaires internes et externes, bien que des efforts restent nécessaires pour uniformiser les pratiques.

Certains sites, comme le CLSC des Seigneuries de Varennes, se distinguent par une gestion efficace des trajectoires, permettant une accessibilité rapide aux soins grâce à une coordination interprogrammes agile. De même, au CLSC Simone Monnet Chartrand et à l'Hôtel-Dieu, la prise en charge rapide et l'absence de listes d'attente illustrent une efficacité notable dans la gestion des cheminements des usagers. Toutefois, des défis subsistent dans des secteurs tels qu'« Agir tôt » et Jeunes en difficulté (JED) 0-5 ans à Varennes, où les délais d'attente prolongés entre les programmes soulignent le besoin d'améliorer la continuité des services.

La sécurité des transitions est renforcée par des outils et cadres normatifs, comme le PSI dans les services psychosociaux de Saint-Hyacinthe, qui permet de clarifier les rôles et responsabilités entre partenaires internes et externes. Enfin, dans les foyers de groupe tels que « L'Équipée » et « L'Escargot », une attention particulière est portée à la planification des soins et à la coordination interdisciplinaire, garantissant un cheminement fluide pour les usagers. Ces constats mettent en lumière l'importance d'un travail concerté et de mécanismes structurés pour assurer la continuité des soins et des trajectoires, tout en répondant efficacement aux besoins des usagers.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence

- Satisfaction des usagers (usagers rencontrés) ;
- Équipes centrées sur les soins et services des usagers ;
- Gestion de proximité flexible et agile : équipes soudées à la recherche constante des meilleures pratiques cliniques ;
- Collaboration interdisciplinaire efficace et bien implantée ;
- Approche novatrice avec des titres d'emplois non traditionnels ;
- Présence de soutien clinique.

Pistes d'amélioration

- Élaborer des activités dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement ;
- Finaliser le déploiement des Pratiques organisationnelles requises (POR) ;
- La culture de la confidentialité et du consentement solide, mais procédures organisationnelles à élaborer ;
- Impliquer tous les professionnels dans l'identification des risques couverts par les POR ;
- Implanter un processus de formation et de pratiques pour les codes d'urgences ;
- Prévoir un mécanisme de révision systématique et harmoniser des protocoles, procédures et politiques.

Soins centrés sur les personnes

Assurer une bonne expérience d'utilisateur est une priorité essentielle pour répondre aux attentes et renforcer la satisfaction des usagers dans les divers sites évalués. Cette démarche repose sur des initiatives visant à recueillir des retours d'expérience et à adapter les services en conséquence. Plusieurs sites, comme le HHM en pédiatrie ambulatoire, ont récemment mis en place des sondages pour évaluer l'expérience des usagers. La promotion active de ces sondages par l'agente administrative démontre une volonté d'obtenir davantage de répondants pour orienter les interventions et augmenter la satisfaction. En périnatalité et néonatalogie, bien que les résultats des nouveaux sondages ne soient pas encore disponibles, les gestionnaires s'assurent de prendre en compte les commentaires recueillis antérieurement. Cependant, certains sites, comme le CLSC Les Maskoutains et l'Hôtel-Dieu, rencontrent des défis liés à l'engagement des usagers dans le remplissage des sondages existants, en partie dû à l'absence de processus favorisant leur participation. À l'inverse, des entretiens menés dans ces établissements montrent une satisfaction notable des familles interrogées, notamment pour les services en vaccination au CLSC Simone Monnet Chartrand.

Dans des programmes tels que « Agir tôt - Saint-Hyacinthe » et « JED 0-5 ans Varennes », la satisfaction des usagers reste élevée, bien que des attentes prolongées ou une communication améliorée soient identifiées comme des points à travailler. À Varennes, l'absence de sondages spécifiques pour certains services, comme l'EO, souligne la nécessité de discuter de la pertinence de ces initiatives en groupe.

Enfin, dans des contextes spécifiques tels que les foyers de groupe, la satisfaction des usagers, bien qu'évidente dans des éléments comme la qualité des relations ou l'accompagnement, demeure sous-documentée en raison de l'absence de sondages formalisés. Les usagers se disent toutefois impliqués dans les décisions, notamment dans des foyers comme L'Explorateur et L'Orchidée, même après leur intégration dans un milieu de vie familial. Ces constats montrent l'importance d'intensifier les efforts pour recueillir et analyser les retours d'expérience d'usagers à travers des outils et processus adaptés, tout en maintenant un accompagnement de qualité.

L'implication des usagers constitue un levier essentiel pour améliorer les services et répondre aux besoins de manière ciblée. Certains sites démontrent des initiatives prometteuses, bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour ancrer cette pratique dans une culture d'amélioration continue. Au HHM en pédiatrie ambulatoire, un projet de développement de capsules d'information pour la clientèle diabétique est envisagé en collaboration avec un usager partenaire, illustrant une démarche proactive. De même, en périnatalité et néonatalogie, des capsules de formation virtuelles ont été développées en partenariat avec des usagers, témoignant d'une volonté d'intégrer leur perspective.

Dans des programmes comme « Agir tôt - Saint-Hyacinthe », les usagers se disent impliqués et écoutés dans l'élaboration des services, ce qui renforce leur satisfaction et leur sentiment d'appartenance. Au sein de l'EO Varennes, l'implication des familles et des jeunes est intégrée dans chaque étape du processus en vertu du cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), incluant des tables multisectorielles pour garantir des décisions adaptées aux besoins de l'enfant. Cependant, l'implication des usagers demeure limitée dans plusieurs établissements. Des sites tels que les CLSC Les Maskoutains, Seigneuries de Varennes, et Simone Monnet Chartrand n'intègrent pas encore la voix des usagers dans leur démarche d'amélioration continue. De même, dans les foyers de groupe comme L'Équipée, L'Escargot, L'Explorateur et L'Orchidée, l'implication des usagers et de leurs proches reste informelle, se limitant souvent à des plaintes ou à des interactions ponctuelles, sans véritable projet structuré. Une piste d'amélioration pourrait consister à mobiliser d'anciens usagers en tant que ressources pour enrichir les processus organisationnels. Ces constats mettent en lumière une dynamique d'implication usager en pleine évolution. Pour renforcer cette démarche, il sera crucial d'adopter des mécanismes formels et soutenus visant à intégrer les usagers dans la gestion et l'établissement des services, tout en s'appuyant sur des partenariats existants.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

La culture d'amélioration continue de la qualité est présente et s'installe dans les différentes directions de l'organisme. Il y a un plan intégré d'amélioration continue de la qualité qui est très bien connu au niveau stratégique et tactique, mais mérite une adaptation dans la stratégie de diffusion sur le terrain puisqu'il peut avoir un sens pour les collaborateurs terrain. Le programme-service coordonne ses activités avec une approche participative des usagers et des personnes proches aidantes, ainsi que de son personnel. Une communication multifacette sera utile pour promouvoir l'approche de système de gestion multidimensionnel ayant l'objectif de se centrer sur l'accessibilité, l'intégration transversale des pratiques assurant ainsi la continuité des soins et la qualité.

On encourage l'organisme à s'assurer de l'apport de l'utilisateur et des personnes proches aidant en les intégrant dans le comité non seulement consultatif, mais aussi décisionnel. Une communication efficace, un environnement confortable, l'utilisation de technologie et la prise en compte des retours des usagers contribuent tous à une expérience positive des soins. À mesure que les systèmes de santé évoluent, l'efficacité passe par une connaissance fine des attentes des usagers et de leur parcours de soins.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est 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
Campus Chambly (réadaptation en internat)	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Campus Chambly (réadaptation en internat)	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Campus et bureau de Longueuil	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Campus et bureau de Longueuil	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Campus Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Centre de services de réadaptation externes (CSRE) et services psychosociaux (Longueuil)	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CLSC de Longueuil-Ouest	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CLSC des Maskoutains	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Installation	Chapitre
CLSC des Seigneuries de Varennes	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)
CLSC des Seigneuries de Varennes	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)
CSRE et services psychosociaux de Saint-Hyacinthe	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Foyer de groupe - JED d'adaptation - L'Équipée	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Foyer de groupe - JED d'adaptation - L'Escargot	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Foyer de groupe - JED d'adaptation - L'Explorateur	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Foyer l'Orchidée (réadaptation en internat)	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Galerie Saint-Hyacinthe	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Hôpital Honoré-Mercier	Soins et services en périnatalité (usagers admis)
Hôpital Honoré-Mercier	Soins et services en néonatalogie (usagers admis)
Hôpital Honoré-Mercier	Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)
Hôpital Pierre-Boucher	Soins et services en périnatalité (usagers admis)
Hôpital Pierre-Boucher	Soins et services en néonatalogie (usagers admis)
Hôtel-Dieu De Sorel	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Installation	Chapitre
Hôtel-Dieu De Sorel	Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)
Jeunesse-CME-FEJ-JED-SMJ	Excellence des soins et services
Jeunesse-DPJ	Excellence des soins et services

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.)	3	2	0	5
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	23	0	1	24
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	35	0	0	35
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	21	1	0	22
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	104	7	9	120
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	175	62	53	290
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	108	27	7	142
Total	473	99	70	642

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	1 / 5	20.00%
Excellence des soins et services	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	2 / 5	40.00%
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	4 / 5	80.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 0	0.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	0.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 6	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	4 / 5	80.00%

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)	Optimiser l'intégrité de la peau	1 / 6	16.67%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	0.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 7	85.71%
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	3 / 5	60.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	4 / 5	80.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	1 / 6	16.67%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	3 / 6	50.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 7	85.71%
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%

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)	Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	0 / 0	0.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	1 / 5	20.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	5 / 6	83.33%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	5 / 6	83.33%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 7	85.71%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	4 / 5	80.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 6	0.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	0 / 3	0.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	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 pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	1 / 1	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 3	0.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	1 / 3	33.33%
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		102 / 154	66.23%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Excellence des soins et services

Évaluation du chapitre : 80,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 19,7 % 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 rencontre pour excellence des services s'est tenue avec deux équipes. Une avait principalement la présence de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), l'autre rencontre regroupait plusieurs services jeunesse incluant l'obstétrique et la périnatalité, la santé maternelle et des enfants, les jeunes en difficulté et la santé mentale jeunesse. Les évaluations des critères dans le rapport spécifient les deux groupes. Particularité pour la Montérégie-Est, la DPJ couvre tout le territoire des trois Réseaux locaux de services (RLS) étant la Montérégie Est, la Montérégie Centre et la Montérégie Ouest. Pour les fins du présent commentaire global de ce chapitre, on a fait le sommaire des deux rencontres. Ces directions jouent un rôle exclusif dans la protection des enfants. On parle de presque 2 000 employés, 12 sites psychosociaux, 48 unités de vie, 900 ressources de type familial. On parle de plus de 20 000 signalements traités annuellement seulement auprès de la DPJ.

On note un enthousiasme dans l'équipe de gestion. Ils sont dévoués et prêts à relever les défis qui se présentent. Beaucoup de jeunes gestionnaires qui composent l'équipe et qui se sentent soutenus et respectés. Des formations d'appoints sont d'ailleurs mises de l'avant afin de mieux équiper ces nouvelles recrues qui bien souvent ont peu d'expérience de gestion. La gestion de conflits ou d'équipes difficiles a été des formations offertes afin d'outiller les gestionnaires à faire face à ce type de réalité. Également, la pénurie de main-d'œuvre représente un véritable casse-tête pour les jeunes et moins jeunes gestionnaires.

La mise en place d'un plan intégré d'amélioration de la qualité et qu'il fasse du sens pour le volet opérationnel, au sein du secteur jeunesse, doit être reconnue comme un besoin à combler. Plusieurs initiatives de qualité sont présentes, mais ne sont pas mesurées et regroupées. Nous soulignons que plusieurs audits sont réalisés ; sur la connaissance des équipes des notions de prévention du suicide, de la violence en milieu de travail, sur les droits et plaintes et sur la gestion des risques et la culture de déclaration des incidents/accidents. Cette mine d'or d'informations peut à juste titre constituer les jalons afin de définir des objectifs d'amélioration de la qualité. Nous notons des installations qui manquent d'entretien. Cependant, malgré la désuétude, les équipes sont chaleureuses et accueillantes et font parfois oublier ces espaces peu accueillants.

Pour le chapitre des POR par Agrément Canada il faut mentionner que pour ce cycle il y avait de nouvelles POR. Certaines sont presque atteintes comme le cheminement des usagers, l'information aux points de transition et la double identification. Nous invitons l'organisme à porter une attention particulière à la prévention de la thromboembolie, la prévention du suicide, la sécurité à domicile, la prévention des chutes, l'intégrité de la peau, le bilan comparatif des médicaments et les étapes sécuritaires en vue d'une intervention chirurgicale.

Les visiteurs ont pu constater que l'ensemble des équipes dédiées aux différents programmes jeunesse et l'équipe de la DPJ démontrent un engagement ferme et évident envers les différentes clientèles, qu'elles embrassent les particularités de celles-ci et se dévouent à leur santé, leur bien-être et leur protection. Pendant les dernières années, on a pu constater l'augmentation de la demande de service dans les différents secteurs.

À ce propos, il est remarquable que la qualité des services ait pu être maintenue. Cette réussite résulte autant de l'effort concerté de tous que des outils de gestion du flot des usagers et de l'établissement agile des services. On souligne le projet de Vérification complémentaire terrain (VCT) qui est une activité clinique s'effectuant dans le cadre de traitement d'un signalement à la DPJ et qui a pour but d'orienter rapidement la famille vers le bon service, par un accompagnement personnalisé. Une autre initiative qui tient compte de la réalité de la composition démographique du territoire est le projet interculturel qui se fait en collaboration avec les partenaires et vise l'adaptation de l'offre de service selon les besoins des personnes et des communautés.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.6	Les gestionnaires du programme-services fixent les buts et objectifs à atteindre, les soins et services à offrir ainsi que les ressources nécessaires.	Priorité normale
1.1.17	Les gestionnaires du programme-services mettent en place un processus de revue des lignes directrices et des protocoles éclairés par les données probantes.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.19	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe dispose des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le repérage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'usager afin de prévenir le suicide. 1.1.19.2 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe reçoive une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide. 1.1.19.3 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe effectue un repérage normalisé du risque suicidaire, en utilisant des outils fondés sur des données probantes fournis par les gestionnaires de l'établissement. 1.1.19.4 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe oriente les usagers dont le résultat au repérage du risque de suicide s'avère positif vers une personne qui détient les compétences requises pour réaliser une évaluation du risque suicidaire et mettre en place un plan de sécurité approprié. 1.1.19.5 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé, fondé sur les objectifs, les capacités et les préférences de l'usager.	POR
1.1.20	Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des soins et services à domicile. 1.1.20.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début de la planification des soins et services. 1.1.20.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée dans le cadre de la planification et de la prestation des soins et services aux usagers. Elle est communiquée aux partenaires qui participent à la prestation de soins et services à domicile. 1.1.20.5 Les usagers, les personnes proches aidantes et les familles reçoivent de l'information concernant les enjeux de sécurité à domicile identifiés lors de l'évaluation des risques et des interventions qui sont réalisées afin de réduire voire éliminer les risques à la sécurité.	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.22	Les gestionnaires du programme-services s'assurent du respect de la procédure organisationnelle sur la confidentialité en ce qui concerne la gestion des dossiers santé des usagers.	Priorité élevée
1.2.6	Les gestionnaires du programme-services évaluent régulièrement le rendement de chaque membre de la main-d'œuvre de façon objective, interactive et constructive.	Priorité normale
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
1.3.9	Les gestionnaires du programme-services élaborent un plan d'amélioration continue de la qualité qui comprend des projets d'amélioration dotés d'objectifs mesurables et d'échéanciers précis.	Priorité élevée
1.3.11	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'information sur les projets d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages qui en découlent sont communiqués aux membres de l'équipe, ainsi qu'aux partenaires concernées.	Priorité normale

Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 84,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,4 % 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'équipe jeunesse en soins et services en périnatalité du CLSC des Maskoutains du CISSME a été rencontrée dans le cadre de cette visite. L'équipe a le mandat de prodiguer des soins et services aussi bien aux jeunes parents et à leur bébé naissant à la sortie de l'hôpital en visite à domicile ainsi que d'offrir de la vaccination sur place. L'équipe est composée de plusieurs professionnels de la santé, tels que des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des infirmières soutenus par un beau duo de gestionnaires de proximité. L'équipe jeunesse en soins et services en périnatalité du CLSC des Seigneuries et l'équipe de vaccination 0-5 ans du CLSC Simonne Monet Chartrand ont également été rencontrées. Leurs gestionnaires, bien que couvrant plusieurs sites sur un grand territoire, assurent une présence, une agilité et une adaptabilité hors pair au niveau de la gestion de proximité. Et pour finir, l'équipe de la clinique externe ambulatoire en périnatalité de l'Hôtel Dieu de Sorel a également été rencontrée dans le cadre de ce chapitre. L'équipe est composée de gynécologues-Obstétriciens, d'omnipraticiens, d'infirmières et d'agentes administratives qui travaillent en étroite collaboration. La nouvelle gestionnaire, fédératrice, vient du dit secteur d'activité ; celle-ci est connue et reconnue pour son leadership mobilisateur par une équipe de professionnels stable et passionnée.

Nous avons été reçus par des équipes engagées, bienveillantes et attentionnées aussi bien envers les usagers desservis qu'envers tous les membres de leur équipe. Elles sont proactives dans leur domaine et dans leurs demandes d'amélioration continue. Une belle fierté se dégage lors du partage de leurs expertises basées sur des données probantes. L'interdisciplinarité et la multidisciplinarité sont dignes de mention. Les professionnels ont le souci de servir la population au meilleur de leurs possibilités et de leurs connaissances.

Les soins et services offerts à la population apparaissent accessibles, fluides et intégrés dans la communauté.

Malgré le roulement de personnels, nous désirons souligner une belle cohésion d'équipe et une entraide hors pair pour palier à la pénurie et/ou à l'absence de personnel. Il est à mettre en lumière également la mise en place de plusieurs approches en allaitement maternel dans le respect des besoins des usagers.

À la lumière des entretiens avec plusieurs usagers rencontrés sur les différents sites visités dans le secteur jeunesse en périnatalité ambulatoire, force est de constater une satisfaction homogène et digne de mention de la part des dits usagers pour les soins et services prodigués par les équipes. Notons que les usagers acheminent des cartes de remerciement, des photos aux équipes ainsi que des messages sur les réseaux sociaux à leurs intentions.

Au CLSC des Seigneuries à Varennes, nous avons eu l'occasion de constater le soutien clinique mis en place par une conseillère en allaitement. Celle-ci travaille en étroite collaboration avec la direction pour l'élaboration et la révision des procédures en allaitement. Elle offre du soutien clinique à son équipe, mais aussi à d'autres équipes du territoire en animant des dîners-causeries sur l'allaitement ; ces activités permettent de maintenir et de développer la pratique clinique aux équipes. En outre, au sein de tous les sites que nous avons pu visiter, des audits de dossiers ont été effectués afin de faire une rétroaction sur la tenue de dossier et d'améliorer la sécurité des notes au dossier.

Lors de nos rencontres sur les différents sites visités, nous avons pu constater que les locaux sont fonctionnels et adaptés aux besoins des usagers rencontrés. Cependant au CLSC de la Seigneurie de Varennes, nous encourageons l'équipe à poursuivre leurs démarches afin de sécuriser les retours de prêt d'équipement en matière de prévention et contrôle d'infections qui se retrouvent à l'entrée principale du CLSC. Nous avons noté que plusieurs formations étaient offertes aux équipes pour le maintien des compétences et pour effectuer un travail sécuritaire au sein de l'établissement.

Nous encourageons l'établissement à solliciter l'implication des usagers grâce à la mise en place de mécanisme favorisant la participation des usagers dans les activités d'amélioration continue de la qualité des services. Leur rétroaction permettra à l'établissement de toujours avoir des services adaptés aux besoins des soins et services de la population de son territoire.

D'une part l'établissement a mis en place un mécanisme afin de capter les commentaires des usagers : des cartons avec un code QR sont remis aux usagers afin d'effectuer un sondage auprès d'eux.

Malheureusement, dû à une distribution aléatoire aux usagers, un faible taux de participation s'en ressent. Nous encourageons l'établissement à établir un processus de diffusion afin d'augmenter l'adhésion des usagers à cette activité. Un mécanisme de rappel aux usagers pourrait être envisagé afin d'augmenter leur taux de participation. D'autre part, nous encourageons les équipes à poursuivre le déploiement des stations visuelles au niveau des équipes opérationnelles afin de suivre et d'améliorer les indicateurs de mesure spécifique à chaque secteur.

Nous encourageons les équipes à participer à des activités d'apprentissage pour améliorer la qualité des programmes en place dans chaque secteur opérationnel. Nous souhaitons souligner la nécessité de réviser et de mettre à jour les outils d'aide à la décision clinique, comme ceux pour les éclosions et les documents utilisés lors des soins et services offerts aux usagers pour assurer le maintien des pratiques sécuritaires et intégrés. Nous attirons votre attention sur l'importance de l'existence dans la tenue de dossiers d'un formulaire qui atteste que vous avez effectué la mise à jour de la liste des médicaments incluant la prise de produits naturels vendus en vente libre afin d'assurer la sécurité du transfert de l'information aux points de transition. Nous vous recommandons d'effectuer des pratiques régulières de simulation d'urgence en équipe afin de maintenir les compétences. Nous suggérons fortement que, lors du début de l'épisode des soins et services aux usagers, ceux-ci soient informés de manière formelle de leurs droits et responsabilités en temps qu'usagers ; l'établissement devrait procéder à des affichages dans chacun des sites et de mettre à la disposition des usagers de la documentation à cet effet.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité à l'identification des usagers et au cheminement des usagers. Bien que nous ayons noté tous les efforts de la part des équipes pour se conformer aux différents critères de conformité, nous attirons une attention particulière au transfert de l'information aux points de transition des soins, au maintien à jour d'une liste précise de médicaments, à optimiser l'intégrité de la peau, à la prévention de la thromboembolie veineuse et à réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention.

Nous ne pouvons passer sous silence le « NOUS » entendu lors de la présentation de l'excellence des services au début de la visite : celui-ci transparait et rayonne dans les différents sites que nous avons pu visiter. Par ailleurs, nous sommes sûrs que l'équipe sera en mesure de bien mesurer le fruit de son travail, notamment par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité opérationnel qui ralliera l'ensemble des parties impliquées et qui permettra de mesurer objectivement les progrès réalisés. Nous tenons à souligner que les cultures de la confidentialité et du consentement envers les usagers sont solides et bien ancrées dans les équipes malgré le fait que les procédures organisationnelles soient en élaboration et non encore déployées.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.	Priorité normale
2.1.16	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.	Priorité normale
2.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.	Priorité élevée
2.1.19	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé pour le nouveau-né dans le cadre des soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
2.1.20	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des personnes accédant aux soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
2.1.21	L'équipe assure le respect des droits du nouveau-né dans la gestion et la prestation des soins et services en périnatalité.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.38	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
	2.1.38.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
2.1.39	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	2.1.39.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
2.1.40	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	2.1.40.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.41	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
	2.1.41.5 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).	
2.1.42	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	2.1.42.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins. 2.1.42.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun. 2.1.42.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services. 2.1.42.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
2.2.5	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.	Priorité élevée

Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 82,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 17,6 % 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 :

Les équipes de périnatalité de l'HHM (1350 naissances/an) et de l'Hôpital Pierre Boucher (2600 naissances/an), ont été rencontrées dans le cadre de cette visite. L'équipe de l'HHM offre des services de périnatalité pour les parturientes qui accouchent à compter de 34 semaines et plus, et celle de Pierre Boucher les parturientes de 32 semaines et plus. Les services peuvent compter sur la contribution des précieuses ressources suivantes : agentes administratives, infirmières, infirmières praticiennes, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, gynécologues, médecins de famille, pédiatres, nutritionnistes, travailleurs sociaux, de même que des bénévoles. Les centres sont dotés de salles d'accouchement, de lits post-partum ainsi que des lits réservés aux usagères présentant une grossesse à risque élevé. Le déploiement des chambres TARP (travail-accouchement-récupération postpartum) est prévu dans un avenir rapproché. Soulignons néanmoins l'ouverture récente d'un bloc obstétrical à l'Hôpital Pierre Boucher. Celui-ci a été conçu pour être à la fine pointe de la technologie. Des pratiques exemplaires basées sur des données probantes soutiennent les activités cliniques.

Le personnel est engagé et le travail d'équipe est mis à l'avant-plan afin d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité, basés sur les besoins de la clientèle. Au cours des derniers mois, la réalisation de sondages auprès des usagers a été effectuée, dans une perspective d'amélioration continue. Le témoignage des familles rencontrées lors de la visite corrobore la grande satisfaction exprimée lors des sondages. Les espaces sont propres, agréables et bien dégagés. Néanmoins, une attention particulière devra être portée pour maintenir une grande vigilance à l'égard des risques infectieux, dans les espaces plus vétustes. Par ailleurs, les équipes sont encouragées à se doter de plans d'amélioration de la qualité et à partager l'évolution des activités à l'aide d'indicateurs de mesure, notamment par le biais de stations visuelles.

En ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises, nous félicitons les équipes pour la conformité aux pratiques suivantes : double identification des usagers et transmission de l'information aux points de transition. Nous les invitons maintenant à porter une attention particulière à la prévention des chutes, à l'optimisation de l'intégrité de la peau, la prévention de la thromboembolie veineuse, le maintien de la liste à jour des médicaments et la liste de contrôle de chirurgicale.

En terminant, nous souhaitons souligner l'immense travail entourant la mise en place de la pratique « Peau à peau » et la priorisation de ressources dédiées au soutien à l'allaitement à travers l'ensemble du continuum de soins. Les deux centres travaillent actuellement à la reconnaissance de l'établissement à titre d'Amis des bébés. Le taux d'allaitement à l'HHM est de 82%, ce qui est digne de mention. Le déploiement de capsules d'enseignement virtuelles destinées aux futurs parents est aussi à souligner. Les équipes méritent d'être saluées pour le travail remarquable qu'elles ont réalisé en partenariat avec ses usagers et ses partenaires.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.	Priorité normale
3.1.16	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.	Priorité normale
3.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.	Priorité élevée
3.1.19	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé pour le nouveau-né dans le cadre des soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
3.1.20	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des personnes accédant aux soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
3.1.25	L'équipe respecte les lois sur la maternité de substitution et l'adoption tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.	Priorité normale
3.1.28	L'équipe est informée des recommandations émises à la suite de l'étude des causes d'accouchements de mort-nés ou de décès néonataux.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.38	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
	3.1.38.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
3.1.39	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	3.1.39.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
	3.1.39.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
	3.1.39.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.	
	3.1.39.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
	3.1.39.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.40	L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
3.1.40.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	
3.1.40.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.	
3.1.40.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
3.1.42	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
3.1.42.5	L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
3.1.43	L'équipe utilise des outils de repérage normalisés pour détecter les troubles de santé mentale chez la personne accédant aux soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
3.1.63	Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	POR
3.1.63.4	L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.	
3.1.63.5	Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.2.6	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.	Priorité élevée

Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 79,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,4 % 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 la présente visite, les secteurs de la néonatalogie de l'HHM et de Pierre Boucher ont été rencontrés. Le niveau de soins qui est offert dans les deux centres est de niveau 2, A pour HHM et B pour Pierre boucher. La néonatalogie de l'HHM accueille, par l'intermédiaire de 6 lits, des nouveau-nés de 34 semaines et plus. Pour ce qui de la néonatalité à l'Hôpital Pierre Boucher, il accueille des nouveau-nés à compter de 32 semaines de grossesse dans un parc de 15 lits au permis. Les équipes des deux centres sont composées d'infirmières, de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires, d'agentes administratives et de pédiatres qui agissent au sein des centres mères-enfants respectifs aux centres hospitaliers. Une équipe de professionnels interdisciplinaires tels que physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes et travailleurs sociaux complètent le soutien clinique offert.

Le travail d'équipe est au cœur des activités afin de répondre à l'ensemble des besoins des nouveau-nés et leurs familles. Les équipes mentionnent être une grande famille pour prendre soin de ces derniers. Afin d'offrir des soins harmonisés, sécuritaires et de qualité, le programme de formation et d'orientation a été revu et standardisé entre les différents sites. Les gestionnaires des services travaillent actuellement à uniformiser et mettre en place des outils standardisés basés sur les meilleures pratiques. Pour les équipes, les parents sont réellement des partenaires de soins. L'environnement physique de la néonatalogie au centre mère enfant de l'HHM rencontre certains enjeux de confidentialité et de prévention et contrôle des infections. L'équipe est à réfléchir les options pouvant être réalisées afin d'optimiser les lieux physiques. Quant au site de l'Hôpital Pierre Boucher, les lieux sont très récents, fonctionnels, contemporains et de facture très agréable. Les familles rencontrées se disent très satisfaites des soins et services offerts. Afin de bien suivre les indicateurs de mesures, les équipes sont encouragées à faire le partage par l'intermédiaire de salles de pilotage, projet qui est en cours de réactivation.

Pour ce qui est des pratiques organisationnelles, les pratiques sur l'identification des usagers et la transmission de l'information aux points de transition sont conformes. Nous invitons les équipes à terminer l'implantation de la stratégie de prévention des chutes, de même que celles concernant l'optimisation de l'intégrité de la peau et de la mise à jour de la liste des médicaments.

En terminant, toujours en quête d'offrir le meilleur aux nouveau-nés, l'équipe a développé entre autres un outil pour reconnaître les progressions des capacités de l'enfant à l'allaitement « La fleur de lait ». Le partage de multiples informations et un accompagnement personnalisé aux parents contribuent assurément à adoucir cette période de stress élevé pour les familles. Les équipes méritent d'être saluées pour le travail remarquable qu'elles ont réalisé en partenariat avec des usagers et des partenaires.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.3	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits du nouveau-né et des parents ainsi que les responsabilités des parents au sujet des soins et services en néonatalogie.	Priorité élevée
4.1.5	L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité du nouveau-né.	Priorité normale
4.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des parents à donner leur consentement éclairé, à accepter des soins ou services en néonatalogie, ou à les refuser.	Priorité normale
4.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé au nom du nouveau-né dans le cadre des soins et services en néonatalogie.	Priorité normale
4.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les parents sont jugés inaptes.	Priorité élevée
4.1.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle lorsque les parents du nouveau-né refusent les soins et services en néonatalogie.	Priorité normale
4.1.35	L'équipe respecte les lois sur la maternité de substitution et l'adoption tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.39	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
	4.1.39.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
4.1.40	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	4.1.40.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
	4.1.40.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
	4.1.40.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.	
	4.1.40.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
	4.1.40.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
4.1.43	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	4.1.43.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.44	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la sélection des épreuves diagnostiques pour obtenir l'information nécessaire sur l'état de santé et la présentation clinique du nouveau-né.	Priorité normale
4.1.50	L'équipe évalue les risques de mauvais traitements du nouveau-né, tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.	Priorité élevée
4.1.66	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour l'initiation des soins et services palliatifs et de fin de vie en néonatalogie.	Priorité normale
4.1.68	L'équipe est informée des recommandations émises à la suite de l'étude des causes de décès néonataux.	Priorité élevée
4.2.6	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'usager.	Priorité élevée

Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 89,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 10,2 % 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 :

Les équipes jeunesse de la clinique externe en soins et services en pédiatrie de l'HHM et de l'Hôpital Dieu de Sorel du CISSME ont été rencontrées dans le cadre de cette visite. Ces équipes ont le mandat de prodiguer des soins et services aux nourrissons de 0 à 18 ans; elles sont composées de plusieurs professionnels de la santé, tels que des consultantes en allaitement, des infirmières, des agentes administratives et de pédiatres qui travaillent en étroite collaboration.

Nous avons été reçus par des professionnels engagés, bienveillants et généreux de leur temps et de leurs savoirs aussi bien envers les usagers desservis qu'envers tous les membres de leur équipe.

L'équipe est proactive dans son domaine et dans ses demandes de formation en amélioration continue. Une belle fierté se dégage de ces professionnels lors du partage de leurs expertises basées sur des données probantes. L'interdisciplinarité et la multidisciplinarité sont dignes de mention. Les professionnels ont le souci de servir la population au meilleur de leurs possibilités et de leurs connaissances. L'entraide relevée par tous est un autre point fort de cette belle équipe.

Les soins et services offerts à la population apparaissent accessibles, fluides et intégrés dans la communauté. Les listes d'attente pour les rendez-vous n'existent pas. Les usagers peuvent voir leur pédiatre et/ou l'infirmière le lendemain de la demande.

À la lumière des entretiens avec plusieurs usagers et leurs parents rencontrés aux deux sites visités dans le secteur jeunesse en pédiatrie ambulatoire, force est de constater une satisfaction homogène et digne de mention de la part des dits usagers pour les soins et services prodigués par l'équipe.

À la clinique externe de pédiatrie de l'Hôpital de l'Hôtel Dieu de Sorel, nous soulignons l'existence d'un formulaire prédéfini avec les données à vérifier qui permet de standardiser les éléments à documenter lors des consultations dans le dossier usager. Ce formulaire assure une pratique harmonisée dans la mise à jour des informations lors du transfert aux points d'information. Nous avons noté que plusieurs formations étaient offertes aux équipes pour le maintien des compétences et pour effectuer un travail sécuritaire au sein de l'établissement.

Par ailleurs, grâce à la fondation de l'Hôpital de l'Hôtel Dieu de Sorel, nous avons pu constater la réfection de locaux nouvellement mis en place pour la clinique de pédiatrie avec du matériel de pointe adapté aux besoins de soins et services des usagers. Les espaces sont spacieux, dégagés et sécuritaires avec une aire de jeu pour enfant.

Nous encourageons l'établissement à solliciter l'implication des usagers en favorisant leurs participations dans les activités d'amélioration continue. Leur rétroaction permettra à l'établissement de s'assurer d'offrir des services adaptés aux besoins des soins et services de la population de son territoire.

D'une part l'établissement a mis en place un mécanisme de sondage en continu : des cartons avec un code QR sont remis aux usagers. Malheureusement, dû à une distribution aléatoire, nous observons un faible taux de participation. Nous encourageons l'établissement à revoir son processus de diffusion afin d'augmenter l'adhésion des usagers à cette activité. Un mécanisme de rappel aux usagers pourrait être

envisagé afin d'améliorer leur taux de participation. D'autre part, nous encourageons l'équipe à poursuivre le déploiement des stations visuelles au niveau des équipes opérationnelles afin de suivre et d'améliorer les indicateurs de mesure spécifique à chaque secteur. À l'HHM, un sondage sur l'expérience usager est mis en place depuis peu. Une promotion de ce dernier est réalisée par l'agente administrative du centre de jour afin d'avoir plus de répondants. Cette initiative va permettre d'ajuster leurs interventions pour augmenter le niveau de satisfaction des usagers.

Nous encourageons les équipes à participer à des activités d'apprentissage pour améliorer la qualité des programmes en place dans chaque secteur opérationnel. Nous souhaitons souligner la nécessité de réviser et de mettre à jour les outils d'aide à la décision clinique, comme ceux pour les éclosions et les documents utilisés lors des soins et services offerts aux usagers pour assurer le maintien des pratiques sécuritaires et intégrés. Nous suggérons fortement que, lors du début de l'épisode des soins et services aux usagers, ceux-ci soient informés de manière formelle de leurs droits et responsabilités en temps qu'usagers ; l'établissement devrait procéder à des affichages dans chacun des sites et de la documentation à cet effet qui devrait être distribuée aux usagers. Nous souhaitons porter à l'attention de l'établissement de revoir la formation et la mise en place de la désinfection des équipements de bas niveau.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité à l'identification des usagers et au cheminement des usagers. Bien que nous ayons noté tous les efforts de la part des équipes pour se conformer aux différents critères de conformité, nous attirons une attention particulière au transfert de l'information aux points de transition des soins, au maintien à jour d'une liste précise de médicaments, à optimiser l'intégrité de la peau, à la prévention de la thromboembolie veineuse et à réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention.

Nous ne pouvons passer sous silence le « NOUS » entendu lors de la présentation de l'excellence des services au début de la visite : celui-ci transparait et rayonne dans les différents sites que nous avons pu visiter. Nous tenons à souligner le sentiment d'appartenance élevé des équipes visitées, à titre d'exemple, une professionnelle retraitée passionnée qui continue à offrir ses services après 48 ans de services au sein de l'établissement. En terminant, nous soulignons également le suivi assuré auprès de la clientèle réfugiée pour compléter les évaluations de ces enfants, et ce, en continuité des services offerts en CLSC. Une belle collaboration est observée avec la maison de la famille qui accompagne les équipes par l'intermédiaire de services d'interprètes. De plus, nous tenons à souligner que, dans le cadre du programme de dépistage précoce du test auditif, la clinique de la pédiatrie a mis en place un suivi s'étendant sur trois mois pour les nouveau-nés dont le dépistage s'est avéré négatif ou non réalisé. Par ailleurs, nous sommes sûrs que l'équipe sera en mesure de bien mesurer le fruit de son travail, notamment par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité qui ralliera l'ensemble des indicateurs et des pistes d'améliorations du secteur concerné et qui permettra de mesurer objectivement les progrès réalisés et de mobiliser les équipes. Nous tenons à souligner que les cultures de la confidentialité et du et du consentement envers les usagers sont solides et bien ancrées malgré le fait que les procédures organisationnelles soient en élaboration et non encore déployées.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.3	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des soins et services de pédiatrie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service ou à le refuser.	Priorité normale
5.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où le jeune est jugé inapte.	Priorité élevée
5.1.25	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	5.1.25.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
5.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 84,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,2 % 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 :

Les soins et services pour les jeunes en difficulté de trois directions cliniques ont été visités. Dans la Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (DPJASP) nous avons rencontré les équipes des services de proximité, OLO, SIPPE, JED 0-5 et JED 6-17 ans, le milieu scolaire, CSRE et services psychosociaux de Saint-Hyacinthe, CAFE, SMJ. Dans la Direction des programmes DI-TSA et DP nous avons rencontré les équipes de la clinique de développement de la petite enfance (Agir tôt). Dans la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), qui a un mandat régional pour la Montérégie, nous avons rencontré les équipes d'évaluation, orientation, services de réadaptation en externe, équipes d'application des mesures enfance et adolescence, équipes RI-RTF, équipe LSJPA, équipe PQJ et transition vie adulte. Les équipes sont interdisciplinaires et peut inclure des ARH, travailleurs sociaux, éducateurs, psychoéducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, soutenus par des spécialistes en activités cliniques, des coordonnateurs professionnels et des gestionnaires clinico-administratifs de proximité.

Dans la DPJASP, ce qui constitue l'une de ses plus grandes forces, mis à part son expertise, ce sont ses liens étroits de collaboration avec les principaux partenaires, notamment la Protection de la jeunesse, le milieu scolaire, les organismes communautaires, les tables sectorielles. Ces partenariats permettent de se centrer véritablement sur les besoins du jeune usager et de sa famille et de répondre d'une manière plus complète et coordonnée aux divers objectifs établis dans le plan de service individualisé de chacun.

Travail de l'équipe

L'équipe mérite des félicitations pour la réduction importante des listes d'attente. Au niveau de l'établissement, le processus est élaboré pour répondre aux besoins de services en temps opportun. Les résultats sont concluants pour les besoins urgents, mais pour les autres besoins, les listes d'attente demeurent. L'établissement est encouragée à poursuivre ses efforts visant à réduire les délais d'attente pour les jeunes et leurs familles. Plusieurs Prix d'excellence et les diverses activités de reconnaissance viennent souligner le dépassement des membres de l'équipe, ce qui contribue au maintien d'un climat de travail qui a favorisé jusqu'ici une excellente rétention du personnel.

Services offerts

Nous soulignons la mise en œuvre des services en interventions de groupes qui visent à répondre aux besoins des usagers, et ce, dans le respect des délais prescrits. Nous avons constaté votre bienveillance à l'égard de la clientèle et nous encouragerons l'équipe à poursuivre avec la même rigueur, le même professionnalisme et le même engagement. Ils sont encouragés à développer une station visuelle afin d'assurer le suivi des indicateurs afin de donner du sens aux statistiques et pour rendre compte visuellement des résultats de la réponse aux besoins des jeunes et des familles.

Implication des usagers

Les services offerts sont accessibles, bien coordonnés et adaptés aux besoins des jeunes et de leurs familles. La mise en œuvre des interventions de groupe permet de répondre aux besoins des usagers dans le respect des délais prescrits. Le projet « Équipe École intégrée », bien accueilli par le personnel, les partenaires et les familles, est un exemple de service intégré qui permet une approche tripartite entre le milieu scolaire, communautaire et de la santé et des services sociaux. Ce projet a contribué à une réduction notable du nombre de signalements et à une meilleure intégration et soutien des familles.

À la Direction de la protection de la jeunesse, malgré la hausse constante des signalements au cours des dernières années. Les signalements urgents sont traités très rapidement, surtout par ceux liés à la sécurité des enfants.

Travail de l'équipe

Les équipes et gestionnaires que nous avons rencontrés démontrent un haut niveau d'engagement, ces derniers sont invités à poursuivre leur travail de collaboration et à participer à la mise en œuvre de mesures innovantes. Les équipes sont très soucieuses des jeunes et des familles. La collaboration et l'entraide sont démontrées. Il existe un programme de formation destiné à tout le personnel, il s'agit là d'une force. Plusieurs processus sont en place et sont bien appliqués. La stabilité du jeune/intervenant est préservée tout au long de la trajectoire des services.

Services offerts

L'une des plus grandes forces de l'équipe réside dans son expertise et ses liens étroits de collaboration avec les principaux partenaires, notamment la DPJASP, le milieu scolaire, les organismes communautaires et les tables sectorielles. Ces partenariats permettent de se centrer véritablement sur les besoins du jeune usager et de sa famille, offrant ainsi une réponse plus complète et coordonnée aux objectifs établis dans le plan de service individualisé de chacun.

Implication des usagers

L'établissement démontre un souci constant de collaboration avec les jeunes et leurs familles. Les projets porteurs tels que le projet CLÉ, soutenus par des dons privés et la Fondation du Centre jeunesse, illustrent cette implication et permettent d'offrir aux jeunes les moyens nécessaires pour réussir leur projet de vie.

Satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers est soutenue par un engagement manifeste à répondre rapidement aux signalements urgents, notamment ceux liés à la sécurité des enfants. La collaboration entre les équipes, les gestionnaires et les partenaires externes est perçue très positivement par les jeunes, les familles et les intervenants.

Outils de soutien à l'équipe

Il existe un programme de formation destiné à tout le personnel, représentant une force importante pour le développement continu de leurs compétences. L'équipe est encouragée à développer une station visuelle permettant d'assurer un suivi efficace des indicateurs, de donner du sens aux statistiques et de rendre compte visuellement des résultats obtenus.

Pratiques organisationnelles requises

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, l'identification des usagers répond aux critères de conformité. Cependant, des efforts supplémentaires sont requis pour atteindre la conformité en ce qui concerne :

- La prévention des chutes et la réduction des blessures liées aux chutes.
- L'optimisation de l'intégrité de la peau.
- La transmission des informations aux points de transition.

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
6.1.3	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des services pour jeunes en difficulté.	Priorité élevée
6.1.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.	Priorité normale
6.1.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.	Priorité élevée
6.1.18	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
6.1.18.1	L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.	
6.1.18.6	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.19	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
6.1.19.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
6.1.19.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
6.1.19.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
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).	
6.2.5	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 80,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,0 % 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 :

Les équipes de réadaptation en hébergement des milieux suivants ont été visitées : les foyers de groupe L'Équipée, L'Escargot, L'Explorateur, L'Orchidée ainsi que les Campus (CRJDA) de Saint-Hyacinthe (Séjour et Phare), de Chambly (unité la Passerelle) et de Longueuil (Quai et Source). Les équipes ont le mandat des services de réadaptation aux jeunes de 3 à 18 ans dans un milieu de vie transitoire, dont l'établissement permet d'assurer la sécurité du jeune, de stabiliser sa situation et de restaurer son adaptabilité en vue de sa réinsertion sociale et familiale.

L'équipe entourant ces jeunes est interdisciplinaire et peut inclure des éducateurs, psychoéducateurs, intervenant en pacification, infirmières, orthophoniste, ergothérapeute soutenu par des gestionnaires et des intervenants en soutien clinique (APPR, CDP, cuisinier, etc.).

Globalement, les équipes rencontrées sont mobilisées autour de la mission première des centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté et mettent leurs expertises et leurs cœurs au service des enfants et des jeunes qui leur sont confiés. Nous constatons un travail en interdisciplinarité qui inclue les directions de soutien comme la Direction des services multidisciplinaire et la Direction des services techniques (alimentation, hygiène et salubrité, etc.). Lorsque nécessaire, un plan de service individualisé est réalisé pour assurer la coordination des soins et des services en incluant des partenaires externes ainsi que des directions cliniques telles que la direction qui offre des services à la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. La bienveillance et l'approche de prévention des traumatismes sont au cœur de la dispensation des services de ces équipes. Les services offerts sont adaptés à la complexité de la clientèle et des efforts constants sont faits pour assurer une continuité de service et une prévention du recours au placement en réadaptation ; allant jusqu'à offrir des services de suivi dans un milieu d'hébergement alternatif (famille d'accueil, famille naturelle, organismes communautaires comme L'Antichambre 12-17) lorsque nécessaire. Les usagers et proches rencontrés lors de nos traceurs mentionnent être satisfaits des soins et remarquer une amélioration de la continuité des soins qui leur permet d'éviter de répéter leurs histoires et trajectoires. Ils se disent impliqués dans la planification et la réalisation des objectifs de soins et services, approchés avec bienveillance et soutenus dans leurs objectifs. Les équipes sont soutenues et une standardisation de cet encadrement est d'ailleurs constatée (réunion d'équipe, journée d'étude, rôles et responsabilités dans les équipes); ceci se traduit par un soutien continu et présent dans toutes les installations visitées, et ce, au bénéfice des usagers.

Les milieux visités sont, pour la plupart, lumineux et adaptés à la clientèle hébergée. Soulignons le lien de collaboration avec la Fondation du Centre jeunesse de la Montérégie qui est propriétaire de quelques bâtiments qui hébergent des jeunes; ces installations sont modernes et permettent aux jeunes de vivre dans un environnement normalisant et aux employés de travailler dans un cadre optimal. La pratique de recueillir la voix de l'utilisateur par le biais de sondage ou d'implication d'utilisateur-ressource est peu exploitée dans les services d'hébergement de réadaptation jeunesse actuellement, mais le partenariat avec l'utilisateur et ses proches à travers les soins et services est bien présent. Au niveau de la gestion des équipes, la mesure est présente et standardisée à travers de la mesure clinique (suivi du taux de plan d'intervention complété et révisé, etc.), des plans d'action sont présents localement dans les équipes, mais nous constatons peu de pilotage aligné à des aspects plus tactiques ou stratégiques.

Au niveau des POR, l'établissement est félicité pour ses pratiques entourant la double identification des

usagers. L'établissement est invité à réviser la standardisation des processus pour la transmission de l'information aux points de transition (concernant l'évaluation de l'efficacité de la communication) ainsi que d'assurer la mise en place de la réduction des blessures et la prévention des chutes, l'optimisation de l'intégrité de la peau ainsi que le maintien à jour de la liste des médicaments.

En terminant, soulignons l'effort consenti dans l'appropriation, par les milieux d'hébergement en réadaptation jeunesse, de la prévention des traumatismes ainsi que leur ouverture vers la communauté en assurant des liens forts avec les organismes communautaires de leurs régions afin de permettre l'intégration optimale des jeunes qui leur sont confiés avec une ouverture à faire les choses autrement. Nous sommes aussi confiants en la capacité des équipes à poursuivre leurs efforts afin de recueillir la voix de l'utilisateur ainsi que de travailler de pair avec les usagers et les proches dans les projets d'amélioration continue.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.3	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des services pour jeunes en difficulté.	Priorité élevée
7.1.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.	Priorité normale
7.1.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.18	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
7.1.18.1	L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.	
7.1.18.5	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	
7.1.18.6	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.	
7.1.19	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
7.1.19.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
7.1.19.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
7.1.19.3	L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.	
7.1.19.4	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	
7.1.19.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
7.1.19.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.20	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	7.1.20.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
7.1.29	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
	7.1.29.5 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).	