



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

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

Visite de séquence 1 du 7 au 11 avril 2024

Rapport publié: 24/05/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	7
Aperçu du programme	8
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	9
Résultats selon les dimensions de la qualité	11
Pratiques organisationnelles requises	12
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	14
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	14
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	15
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	17
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	18
Télésanté	22
Programme de prévention et de contrôle des infections	24
Services de retraitement des dispositifs médicaux	27
Gestion du circuit du médicament	29
Aperçu de l'amélioration de la qualité	32

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite 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 07/04/2024 au 11/04/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites 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.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement 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. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet 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.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de la santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services destinés à une population de plus de 550 000 citoyens sur un territoire couvrant près de 3 500 km². Il regroupe en totalité ou en partie six municipalités régionales de comté (MRC), soit celles d'Acton, des Maskoutains, de la Vallée-du-Richelieu, Agglomération de Longueuil, de Marguerite-D'Youville et Pierre-De Saurel.

Le CISSS de la Montérégie-Est compte plus de 16 000 employés, auxquels s'ajoutent plus de 850 médecins, dentistes et pharmaciens. Il regroupe 60 installations réparties dans trois réseaux locaux de services (RLS) : Pierre-De Saurel, Richelieu-Yamaska et Pierre Boucher. Le CISSS offre aussi des services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que des services de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation à l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'équipe de visiteurs tient à souligner la qualité de l'accueil ainsi que de la préparation de toutes les personnes rencontrées. Le niveau élevé de préparation traduit toute l'importance et le sérieux que l'établissement accorde à l'amélioration continue.

Les observations suivantes ont été faites au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration, des défis de l'établissement, de la vision et des orientations stratégiques.

Le CISSS-ME est un établissement définitivement centré sur l'utilisateur et ses proches. En s'appuyant sur les données probantes et les meilleures pratiques, l'organisation a mis en place un modèle de prestations de soins en adéquation avec les principes de performance organisationnelle et d'amélioration continue. Cette approche est garante de l'atteinte des objectifs.

Munis de cibles et d'indicateurs de suivis à partir des salles de pilotages virtuels, les tableaux de bord sont observables en temps réel. Ces outils servent aussi à la reddition de comptes aux divers niveaux de l'établissement.

Une attention toute particulière est accordée au soutien à apporter aux équipes, pour la santé globale et la promotion d'un climat de travail sain. Cette philosophie de gestion vient soutenir la qualité et la sécurité des services. Des activités de reconnaissance autant au niveau institutionnel qu'au quotidien sont en déploiement et font partie intégrante de l'ADN de l'organisation.

La structure de fonctionnement pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) est bien intégrée et fonctionnelle. La composition des comités est multidisciplinaire et les ressources allouées sont en lien avec les priorités organisationnelles. Des liens étroits sont établis tant à l'interne qu'à l'externe afin d'harmoniser la pratique et de gérer les éclosions. Des activités de surveillance et des suivis étroits sont mis en place lorsque requis. L'harmonisation des politiques et des pratiques est une cible en constante évolution et tient compte des commentaires des équipes, des usagers et de leurs proches.

La gestion des médicaments est assurée par une équipe interdisciplinaire engagée qui s'appuie sur une structure de coordination des activités du circuit du médicament. La présence des pharmaciens dans plusieurs secteurs cliniques assure une sécurité et une collaboration étroite avec les équipes cliniques.

La rareté de personnel spécialisé demeure un enjeu à considérer. Il existe une bonne collaboration entre les départements de pharmacie, les équipes cliniques et les pharmacies communautaires.

En ce qui a trait à l'utilisation, l'entretien et le retraitement des appareils médicaux, les visiteurs confirment la réalisation d'une surveillance étroite, consignée dans des registres. Des audits sur la pratique professionnelle liée aux retraitements des dispositifs médicaux sont effectués et documentés. Les résultats sont partagés avec les employés concernés, lorsque requis, les actions sont prises et utilisées comme moyen de formation et d'amélioration continue de la qualité.

La majorité des espaces physiques sont adéquats, propres et utilisés de façon optimale. Bien entendu, certains espaces souffrent de vétusté ou sont devenus trop petits avec le développement des services.

Des liens étroits sont établis avec les secteurs de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et des secteurs où il y a du retraitement d'appareils endoscopiques.

Des mécanismes sont en place pour obtenir les commentaires des usagers sur les services offerts et ils sont élaborés et analysés avec l'implication d'utilisateur et des proches.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Le CISSS-ME est un établissement de santé axé sur la santé globale de ses composantes et cette approche se veut gagnante. En dépit de la grosseur de l'organisation, le personnel bénéficie d'un encadrement de proximité et reçoit la reconnaissance méritée.

L'établissement bénéficie d'innovation prometteuse en ce qui a trait à la culture de la donnée et des technologies de l'information. La communication est bidirectionnelle et fluide. L'utilisateur est au cœur de chaque activité ; lui et ses proches sont parties prenantes de l'ensemble des activités de l'établissement.

Les défis d'amélioration du CISSS-ME se situent au niveau notamment des flux démographiques, de l'attraction et de la rétention des ressources humaines, de l'harmonisation des services et de la mise à niveau de certaines de ces infrastructures.

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 des 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 une condition clinique donnée 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 de 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 se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément 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'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. 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.

Décision d'agrément

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

Le statut d'agrément est :

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

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

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
Centre administratif Gauthier	Télésanté
Centre administratif Roland-Therrien	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
Centre administratif Roland-Therrien	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Centre d'hébergement de Tracy	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement de Tracy	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement René-Lévesque	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement René-Lévesque	Gestion du circuit du médicament
CLSC de la MRC-d'Acton	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC de la MRC-d'Acton	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC de la MRC-d'Acton	Gestion du circuit du médicament
CLSC des Maskoutains	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC des Maskoutains	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	Programme de prévention et de contrôle des infections

Installation	Chapitre
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Honoré-Mercier	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
Hôpital Honoré-Mercier	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
Hôpital Honoré-Mercier	Télésanté
Hôpital Honoré-Mercier	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Honoré-Mercier	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Honoré-Mercier	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Pierre-Boucher	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Pierre-Boucher	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Pierre-Boucher	Gestion du circuit du médicament
Hôtel-Dieu De Sorel	Programme de prévention et de contrôle des infections
Résidence Bellagio (UCDG)	Gestion du circuit du médicament

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.)	27	2	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	14	2	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	14	2	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	39	0	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	165	12	2	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	201	10	2	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	38	0	0	38
Total	502	28	4	534

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
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		69 / 69	100.00%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

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

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

Résultats de l'évaluation :

Dans la région sociosanitaire de la Montérégie, il y a trois centres intégrés de santé de services sociaux (CISSS) qui se partagent des responsabilités envers la population. Des responsabilités de soutien ont été assignées à chacun de ces trois CISSS. Le CISSS de la Montérégie-Est est le responsable des services de protection de la jeunesse pour toute la Montérégie.

Les visiteurs ont été en mesure de constater une organisation où la vision et les orientations stratégiques sont centrées sur l'utilisateur. Ces orientations sont solidement appuyées par des stratégies dans le milieu. La performance organisationnelle et l'actualisation des plans opérationnels sont mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs. La culture de la mesure est bien intégrée et les cibles et les indicateurs qui font l'objet de suivis dans des tableaux de bord servent de reddition de comptes aux divers niveaux de l'établissement, mais aussi de phare dans le processus de décision des gestionnaires.

L'établissement doit donc nécessairement travailler en étroite collaboration avec ses partenaires et autres institutions afin d'assurer une offre complète de soins et de services pour la population du territoire de leur façon efficiente et efficace.

Dans le respect des règles dictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CISSS-ME applique un plan stratégique doté d'un système de gestion qui repose sur quatre piliers qui touchent : l'expérience client, l'expérience en milieu de travail, la performance organisationnelle et l'amélioration continue, le tout représentant «Le Vrai Nord». De plus, les dimensions qui touchent l'accessibilité, l'intégration et la continuité ainsi que la qualité y sont associées et les valeurs organisationnelles sont bien senties à travers le choix et les priorités d'action des décideurs.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

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

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

Résultats de l'évaluation :

Toutes les équipes rencontrées sont motivées et travaillent en interdisciplinarité. Les valeurs et la philosophie de gestion sont un phénomène d'attraction vers cette organisation. Le rayonnement est des plus positifs dans la communauté et même au niveau national.

L'équipe de direction exerce un leadership positif qui encourage l'innovation et le développement. D'ailleurs, les initiatives sont bienvenues et, de fait, les visiteurs ont été en mesure de constater des pratiques novatrices et prometteuses.

L'enjeu de disponibilité de main-d'œuvre présente un défi pour l'établissement. Pour faire face à ce défi, le CISSS-ME a mis en place de nombreuses stratégies novatrices et proactives qui visent l'attraction et la rétention des ressources humaines dans un contexte de compétition externe au niveau de l'attraction.

L'actualisation et le développement des compétences sont bien ancrés dans l'établissement. À cet effet, les employés et les gestionnaires ont accès à la formation en ligne soit sur l'espace Savoirs ou sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) du MSSS.

L'établissement dispose d'un plan de développement des cadres dynamique qui considère les besoins en formation nécessaires afin que le cadre soit mieux outillé, plus compétent et plus satisfait dans la responsabilité de gestion. Cet engagement au développement des ressources humaines se traduit par une plus grande satisfaction et la rétention du personnel. Dans la même voie, l'augmentation significative du nombre de cadres de proximité facilite la rétention, le développement et la satisfaction du personnel, le tout dans une vision de santé globale, vision qui guide les décisions de l'organisation.

La gestion financière est faite avec rigueur et diligence. Nonobstant cette rigueur, l'espace à la réflexion et à l'innovation a été clairement illustré. Il convient de souligner l'aspect novateur et créatif mis en œuvre par les finances pour développer des services avec et pour la population.

La direction des ressources financières est responsable du processus associé au budget de même que de toutes les opérations financières touchant les approvisionnements, le contrôle et la rémunération et les activités liées à la comptabilité générale et aux fonds d'immobilisation. Au niveau du budget et de la performance, l'établissement a toujours comme objectif d'être dans le premier quartile de son groupe comparatif. La gestion des finances est en cohérence avec la philosophie de gestion globale en place.

Les directions sont imputables des budgets qui leur sont alloués, mais ils sont accompagnés par les finances dans le suivi budgétaire périodique et l'analyse des écarts. De plus, les gestionnaires bénéficient de formations afin de simplifier le plus possible la compréhension des rapports périodiques des données fournies sur la présence requise des ratios de productivité et le suivi des indicateurs financiers ciblés par l'établissement.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 98,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,7 % 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 :

Au CISSS de la Montérégie-Est, les deux grands piliers sur lesquels s'appuie la gestion de la qualité sont l'amélioration continue et la performance organisationnelle. Cela compose l'assise même du programme de gestion intégré de la qualité. Ce dernier favorise l'implantation de stratégies reconnues ayant fait leurs preuves au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et des services ainsi que de la performance organisationnelle.

L'établissement est fier de l'implantation de la salle de pilotage numérique (très évoluée et performante) qui est au cœur de l'analyse et de la planification de toutes les activités du CISSS-ME,

Par une animation dynamique, les directeurs et les directeurs adjoints ont des rencontres qui permettent de faire le suivi des priorités par l'utilisation et l'interprétation des données recueillies, analysées et interprétées avec rigueur.

L'établissement est encouragé à poursuivre l'actualisation de ces ressources, mais les visiteurs soulignent une préoccupation relative au nombre élevé de données recueillies. Ils mettent donc en garde l'établissement face aux défis que comporte le maintien de données de qualité et recommandent de renforcer les mécanismes d'évaluation de ces dernières.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale

Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Évaluation du chapitre : 54,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 45,2 % 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 :

Le plan des mesures d'urgence et de sécurité civile est disponible et renferme une section sur les mécanismes d'alertes. La structure de coordination est définie et les phases de préparation, de veille, d'intervention et de rétablissement y sont présentes de manière générale.

Un plan de communication est défini, mais n'inclut pas des activités qui touchent les directions de soins et services. Il se concentre précisément sur la manière de communiquer durant l'événement et la structure de l'activité de communication durant l'événement pour la mission santé. L'équipe est invitée à définir un plan d'action avec des objectifs et un échéancier de manière à anticiper la communication lors d'un événement, voire à préparer des canevas de communiqués de presse afin d'être prêt à de telles éventualités.

Les visiteurs soulignent l'importance d'impliquer l'équipe de la qualité au sein des travaux de la coordination des mesures d'urgence et de la sécurité civile. À titre d'exemple, des traceurs ont été suggérés sans qu'un rapport d'événement pour certaines situations ait été créé. L'équipe est invitée à réfléchir à la place et à la structure de soutien que peut offrir la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique DQEPE dans la coordination des mesures de sécurité civile et d'urgence.

Il existe une structure de coordination interne des mesures d'urgence et de sinistres à laquelle sont rattachés les programmes-services. Toutefois, la coordination des mesures d'urgence et de sinistres n'a que peu de documentation écrite concernant le contenu et le niveau de préparation des directions de programmes. À cet égard, l'équipe est invitée à prendre connaissance des différentes réponses face aux mesures d'urgence et de sinistres des programmes de soins et services afin de les intégrer dans son plan global et ainsi être en mesure de soutenir les équipes terrain dans les domaines où son expertise est requise.

L'équipe est amenée à réfléchir avec la collaboration de ses partenaires externes à l'identification de la meilleure porte d'entrée pour la réception de l'information lors de situations de mesures d'urgence ou de sinistres, ceci dans l'optique d'optimiser les processus. Il semble y avoir plusieurs endroits où entrent les appels d'urgence en provenance de l'externe, ce qui pourrait entraîner des délais dans la réponse aux besoins. Cette information mérite d'être clairement identifiée et communiquée aux équipes concernées.

De la formation et des exercices de simulation sont réalisés et ces activités sont encouragées afin de renforcer les compétences des équipes. Toutefois, la documentation du débriefage doit être assurée. Les visiteurs insistent sur la documentation écrite pour la séance de débriefage en suivi postévénement qui doit être assortie d'un plan d'action le cas échéant afin de suivre l'évolution des ajustements.

L'évaluation des risques à la santé et au bien-être de la population est à poursuivre et l'équipe est encouragée à voir dans quelle mesure cette activité peut être intégrée, toujours bien entendu, dans une perspective de prévention et de préparation aux situations d'urgence et de sinistres.

Les gestionnaires de l'établissement accordent une attention particulière aux populations vulnérables et sont en lien direct avec les partenaires de la communauté. L'équipe psychosociale est active à faire du repérage des clientèles vulnérables; elle est encouragée à poursuivre les efforts à cet égard.

L'équipe mentionne que chacun des services est responsable des services essentiels, des procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et de services, de l'approvisionnement pour l'octroi des équipements ou du matériel et des procédures pour le déplacement de la main-d'œuvre. Cependant, ces éléments ne sont pas intégrés au plan de sécurité civile et des mesures d'urgence et, par conséquent, non disponibles à l'équipe de coordination. L'équipe est invitée à s'enquérir des éléments essentiels au bon fonctionnement des mesures d'urgence et de sécurité civile et à les intégrer dans la mesure du possible dans ses outils de gestion.

Les visiteurs ne sont pas loin de penser que l'équipe a besoin d'aide afin de documenter ses processus et asseoir son rôle de coordination des mesures d'urgence et de sinistres. La direction aura à réfléchir à la meilleure option afin de renforcer l'équipe pour l'obtention d'un plan solide et coordonné des mesures d'urgence et de sécurité civile.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.6	Les gestionnaires de l'établissement planifient la manière dont ils accéderont aux ressources lors de situations d'urgence et de sinistres pour assurer la continuité des activités, l'intervention et le rétablissement.	Priorité élevée
5.1.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de communication qui définit la manière dont l'information à l'égard de situations d'urgence et de sinistres sera communiquée aux parties prenantes.	Priorité élevée
5.2.1	Les gestionnaires de l'établissement prévoient une approche intégrée pour effectuer une évaluation complète des risques à la santé et au bien-être dans une perspective de prévention et de préparation aux situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan d'intervention coordonnée avec l'ensemble des parties prenantes lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de maintien des services essentiels visant à assurer la réponse aux besoins pendant et après les situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.3.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système de notification d'urgence qui indique le stade approprié d'activation du plan lors de situations d'urgence et de sinistres en fonction de la gravité et des répercussions de l'événement.	Priorité élevée
5.3.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services afin d'assurer un triage et une gestion efficace des traitements actifs, des transferts d'utilisateurs et des congés lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.6	Les gestionnaires de l'établissement prévoient la gestion et l'octroi de l'équipement de protection individuelle dans son plan d'intervention pour assurer la sécurité de la main-d'œuvre lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les utilisateurs, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.	Priorité élevée
5.4.1	Les gestionnaires de l'établissement prévoient tenir les parties prenantes informées de la transition vers la reprise des soins et services après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.7	Les gestionnaires définissent les procédures qui faciliteront l'accès ou l'orientation vers des soins et services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les utilisateurs après des situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.5.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un mécanisme structuré d'évaluation qui couvre les phases liées à la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement.	Priorité normale
5.5.4	Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.	Priorité normale

Télésanté

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,5 % 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 :

Après l'épisode de pandémie, une décision de l'établissement a été d'officialiser un poste à temps complet afin de permettre le développement et la mise en place du cadre de référence en télésanté et ainsi permettre la mise en chantier de divers projets. L'équipe de visiteurs salue cette initiative qui au fil du temps favorisera le déploiement de services pérennisés qui vont répondre à une demande croissante de la clientèle.

La philosophie inhérente à la télésanté veut que — dans la mesure du possible — l'utilisateur soit en mesure de choisir en tout temps cette option et que les professionnels soient disposés à répondre aux exigences pour la mise en place de cette option.

La documentation est présente et balise les projets à mettre de l'avant. Une procédure qui encadre la pratique professionnelle est présente. Les gestionnaires disposent, entre autres, d'une politique-cadre de télésanté qui comprend les éléments spécifiques de la gouvernance de la télésanté, les différents processus allant de la gestion des plaintes à la tenue de dossier. Toutefois, ce document majeur de la politique-cadre est toujours à l'état de document de travail. L'équipe est invitée à finaliser les différentes étapes d'approbation et à les diffuser dans l'ensemble de l'organisation.

Il est admis que la gouvernance de la télésanté émane du ministère de la Santé et des services sociaux. Les projets provinciaux ont été priorisés dans la dernière année, ce qui permet de voir les différentes étapes de développement de la télésanté et de corriger les lacunes observées. Un plan d'état d'avancement des projets est en place et assorti d'échéanciers.

Au CISSS de la Montérégie-Est, la responsabilité de la télésanté est partagée depuis peu entre la direction des services multidisciplinaires et la direction des stratégies numériques. L'usager partenaire est présent et donne son avis, ce qui favorise la réponse aux besoins.

Une boîte à outils est disponible pour l'ensemble des équipes désireuses de mettre en place un projet de télésanté. Les outils sont fondés entre autres sur le réseau québécois de la santé qui contient des ressources utiles à la fois pour l'utilisateur et sa famille.

Actuellement, l'équipe est à structurer le service de manière à répondre à tous les besoins des directions de soins et services afin d'introduire cette option pour les usagers.

L'enjeu de la cybersécurité est précis et il est rassurant et positif de constater que les équipes travaillent de concert. Également, les équipes sont en mode de partage d'expériences dans la mesure où elles s'assurent d'évaluer la fonctionnalité de l'ensemble des services de télésanté de concert avec toutes les parties impliquées avant le déploiement des services.

L'équipe de visiteurs a pu constater la mise en place de services de télédermatologie auprès de quelques médecins omnipraticiens ce qui leur a permis de voir tout le potentiel et les impacts favorables au niveau de la continuité des soins et services.

L'équipe de visiteurs souligne la dynamique enclenchée par le CISSS Montérégie-Est qui fait en sorte que les équipes sont motivées et prêtes à mettre en œuvre la télésanté dans un rapport de qualité de services et volume plus élevé.

Les projets de réadaptation cardio-respiratoire et celui de l'intervention précoce en dépendance sont porteurs. Un partenariat fort et solide doit se poursuivre afin de communiquer ces projets tant auprès des cliniciens que de la population en général. À ce chapitre, l'équipe est encouragée à déployer des mesures extraordinaires afin de diffuser ces projets qui sont directement en lien avec la pertinence, soit donner des services à la population afin de réduire les déplacements par exemple au service des urgences. Les volumes peu élevés d'utilisateurs à ces cliniques méritent une réflexion de la part des équipes afin de les optimiser et de diriger l'utilisateur au bon endroit avec les bonnes équipes en fonction de son problème de santé.

Une entente est élaborée pour les activités de téléthrombolyse dans le cadre de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, avec le CHUM, ce qui est très positif. Cela signifie que les projets hors sites sont définis et documentés avec l'ensemble des parties impliquées.

Le suivi d'indicateurs et, par conséquent, la collecte de données demeurent un défi auquel l'équipe est confrontée.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les politiques et les procédures sont établies lors de la conception de l'ensemble des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme de gestion de la qualité des services de télésanté pour définir les caractéristiques de qualité requises et mesurer les résultats.	Priorité élevée

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 94,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,6 % 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 :

Le CISSS-ME a mis en place une structure de gouvernance et de fonctionnement en prévention et contrôle des infections (PCI). Les comités stratégiques, interdisciplinaires ou cliniques, sont composés de représentants des diverses directions cliniques ou de soutien. Les membres possèdent les compétences ainsi que les habiletés nécessaires en vue de faire avancer les dossiers ou de prendre des décisions. Les rôles et attentes sont bien définis et sont compris de tous. La présence active de microbiologiste dans les différents comités ou tables locales est une valeur ajoutée pour l'équipe de PCI ainsi que les employés.

Le premier officier est reconnu par ses pairs et collaborateurs, il est omniprésent et disponible. Dans une optique d'amélioration continue et de soutien au cheminement de l'usager, il serait pertinent d'intégrer un usager partenaire au comité interdisciplinaire.

Le comité interdisciplinaire est encouragé à actualiser un plan d'amélioration continue en intégrant la mise en œuvre, l'évaluation, l'efficacité du programme de PCI et ses composantes.

Il existe une étroite collaboration, fondée sur le respect des expertises, entre les soins infirmiers, la Direction de santé publique, les services de laboratoire, techniques, d'unité de retraitement, d'hygiène et salubrité, etc., en vue de tendre vers l'uniformisation des pratiques tout en tenant compte de l'existence de particularités dans certains secteurs.

Le nombre de postes de conseillère en PCI est conforme au ratio, cependant il a été mentionné à l'équipe de visiteurs que plusieurs postes sont vacants ou en absence de long terme. Pour faire face à cette situation, plus présente dans le réseau local de service (RLS) Pierre-Boucher, l'équipe se soutient en continu et certaines ententes sont faites avec d'autres CISSS ou CIUSSS de la province pour un partage de ressources. L'établissement est encouragé, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, à développer des stratégies d'attraction et de rétention.

Le personnel, les stagiaires, les bénévoles, les usagers et leurs proches bénéficient d'une formation adaptée en fonction de leur titre d'emploi, de leurs besoins ou du secteur. Une vidéo est mise à la disposition des usagers et de leurs proches, il en est de même pour les bénévoles. Pour les employés, les stagiaires et les médecins, plusieurs formations dès l'embauche ou leur arrivée, ainsi qu'en cours d'emploi, sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA). Les mises à jour en fonction de l'évolution ou des changements au niveau des bonnes pratiques sont faites de façon soutenue.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections, avec le soutien d'auditeurs, procède de façon assidue à des audits sur l'hygiène des mains selon un calendrier. Malgré de multiples efforts de l'équipe ainsi que des suivis rigoureux, les résultats restent inférieurs à la cible définie. Un plan d'action est en œuvre en vue de favoriser la conformité de l'hygiène des mains; il est suivi avec rigueur et adapté en fonction de l'évolution des résultats obtenus et des secteurs. Une vigie est faite par l'équipe avec l'entière collaboration des gestionnaires. L'identification de stratégies novatrices et ciblées est en constante évolution. Des campagnes de sensibilisation sont planifiées en y intégrant des activités suscitant la curiosité. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts.

Le nettoyage et la détection de bas niveau de l'équipement médical sont bien organisés au sein des divers services. Il y a un partage des responsabilités entre le personnel de l'unité et le service d'hygiène et salubrité. Chacun connaît son rôle ainsi que les techniques selon les isolements. Des audits visuels sont effectués périodiquement puis diffusés aux gestionnaires et à leurs équipes.

L'équipe assure la surveillance des infections nosocomiales et fait un rapport détaillé aux directions. Les résultats sont également communiqués au personnel, aux bénévoles ainsi qu'au comité des usagers ou résidents. Selon les besoins, des séances d'informations ou de formations sont mises en place en vue de favoriser la compréhension et de prôner la prévention. Les procédures, ainsi que la documentation, comme les outils d'aide à la décision, sont accessibles, connues et utilisées par le personnel. À aucun moment, l'accès aux équipements de protection individuelle ou aux solutions hydroalcooliques ne représente un enjeu pour l'établissement.

La mise en place du logiciel NOSOCOS intégrant les données cliniques des usagers relatives à la PCI permet un suivi personnalisé et de pointe par l'équipe de prévention, les pharmaciens, les coordonnateurs d'activité et le gestionnaire des lits.

Plusieurs outils cliniques, tels que des grilles d'audits ou l'algorithme décisionnel permettant à un professionnel de cesser un isolement pour un utilisateur COVID-19, sont mis à la disposition du personnel. La visite des secteurs du CISSS a permis de valider l'utilisation de ces outils ainsi que leurs accessibilités sur intranet.

Les tournées environnementales de toutes les installations du CISSS, en collaboration avec l'équipe de PCI, les services d'installations matérielles et d'hygiène-salubrité, permettent d'avoir une vue d'ensemble, tout en favorisant la mise en place d'un processus de priorisation répondant efficacement aux besoins exprimés. Pour les travaux de construction ou de réaménagement, l'équipe de PCI est consultée dès le premier jour. Elle est donc partie prenante tout le long du processus et des travaux. Un respect scrupuleux des normes est établi et suivi avec rigueur.

Le service d'hygiène et salubrité est un incontournable en prévention et contrôle des infections. Les différentes équipes travaillent en étroite collaboration avec le personnel des secteurs et l'équipe de prévention en vue de respecter les bonnes pratiques. Différents moyens sont mis en place afin d'offrir un service de qualité, efficient et efficace, tels que des capsules de formations, des caucuses, du jumelage, des audits et de la rétroaction par les pairs.

Le service de santé et mieux-être au travail est activement impliqué lors des enquêtes épidémiologiques touchant les employés ainsi que dans le processus d'immunisation du personnel.

L'équipe de prévention travaille de concert avec la Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre. Des communications ont lieu de façon régulière. Une table régionale de concertation est en place depuis quelques années, ce qui favorise les échanges ainsi que le partage des expériences vécues.

Les membres du comité stratégique interdisciplinaire, l'équipe de prévention et de contrôle des infections, les gestionnaires, le personnel et la direction générale sont soucieux de favoriser et de maintenir une culture organisationnelle de prévention et de contrôle des infections.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.5	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de performance relatifs à la prévention et au contrôle des infections.	Priorité normale
8.3.13	Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.	Priorité normale
8.3.14	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
8.3.15	Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.	Priorité normale

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 96,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,2 % 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 services de retraitement des dispositifs médicaux du CISSS de la Montérégie-Est sont assurés par une équipe de personnes passionnées qui travaillent quotidiennement dans une culture d'excellence pour assurer la sécurité des dispositifs médicaux. Les préposés à la stérilisation rencontrés se sentent tous imputables du travail qui doit être fait de façon impeccable pour que l'appareil puisse être utilisé, en toute sécurité, «comme si c'était pour eux-mêmes ou un membre de leur famille». Les gestionnaires sont soucieux de la formation et de l'orientation dispensées aux membres du personnel qui doivent être qualifiés et compétents pour assumer la responsabilité du retraitement et de la stérilisation adéquate de l'équipement tout en respectant les normes de sécurité. L'orientation se fait selon le rythme du candidat, car à la fin de la formation, il doit se sentir compétent pour l'accomplissement de ses tâches.

L'équipe de visiteurs a observé une collaboration interdirectionnelle remarquable entre le programme de prévention et contrôle des infections, les services du génie biomédical et la Direction des services techniques.

Le climat de travail est agréable. Les employés se décrivent comme faisant tous partie d'une même famille. Les communications électroniques hebdomadaires des chefs et le tableau de pilotage à Saint-Hyacinthe représentent des moyens d'échange appréciés par le personnel. Elles permettent une bonne synergie des équipes et la fluidité de la communication. Les évaluations dynamiques de rendement et la reconnaissance au quotidien, outre l'organisation des événements particuliers, constituent des éléments qui assurent la cohésion au sein de l'équipe.

Les chefs d'équipe sont accessibles et bien présents sur le terrain. Cette proximité leur permet de tisser des liens servant à développer la notion d'appartenance chez les employés. Dans un contexte de pénurie d'effectifs, il s'agit d'une stratégie gagnante pour la rétention du personnel. Par ailleurs, la promotion de différents corps de métier, l'offre de stage dans les hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est et la reconnaissance des préposés à la stérilisation constituent toutes des moyens qui devraient permettre de recruter plus d'employés.

Le personnel a accès à l'équipement nécessaire pour la prestation des services. Toutefois, il y a lieu de l'améliorer et il en est de même pour l'environnement physique. À l'Hôpital Pierre-Boucher, les gestionnaires ont mis en place des mesures alternatives pour pallier certaines situations non optimales. Il faut citer notamment : l'encombrement des corridors, l'absence d'ascenseur et d'un corridor dédiés pour le transport des dispositifs médicaux du bloc opératoire vers l'unité de retraitement et de stérilisation. La vétusté des lieux, la désuétude du mobilier et de certains appareils ont été notées bien que, selon l'équipe du génie biomédical, ils n'ont pas encore atteint leur durée de vie. Toutefois, il faudrait tenir compte de l'utilisation plus fréquente due à l'augmentation des procédures endoscopiques, selon le personnel. Par ailleurs, les salles de retraitement et de stérilisation à Pierre-Boucher sont exiguës, compte tenu du nombre d'employés qui y travaillent. Il a été également observé que certains lavabos qui se trouvent dans les unités de retraitement sont trop étroits, il serait pertinent de les moderniser et les équiper de robinets munis de commandes à pied, ou à genou ou encore d'un œil magique puisque les commandes sont encore manuelles. De plus, les lavabos devraient être ergonomiques. Il est important de remarquer qu'en dépit de ces observations, la qualité et la sécurité des services ne sont pas affectées.

L'ajout d'un laveur et d'un stérilisateur à l'Hôpital Honoré-Mercier serait souhaitable compte tenu de l'augmentation des chirurgies et des endoscopies depuis la fin de la pandémie dans un contexte de rattrapage.

rattrapage. Cependant, il a été mentionné qu'un laveur figure sur la liste d'instruments/équipements envoyée au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre du rehaussement des activités chirurgicales.

La surveillance de la température se fait au moyen de capteurs et tous les employés y accordent une importance particulière.

L'entretien préventif des équipements est rigoureux et la liste d'inventaires des dispositifs médicaux est disponible. Comme mentionné précédemment, il existe une bonne collaboration avec l'équipe du génie biomédical qui a même développé un logiciel afin de fournir plus d'informations aux gestionnaires quant à l'avancement de leur requête.

En dépit de l'effort des équipes pour mettre à jour les procédures opérationnelles normalisées (PON), il en reste un nombre significatif. L'établissement est invité à poursuivre cette démarche.

La traçabilité numérique qui existe déjà à l'Hôpital Pierre-Boucher est une bonne pratique qui devrait être établie à l'Hôpital Honoré-Mercier également. L'organisation a déjà été saisie de ce dossier et le processus est en cours.

Il y a eu une rotation de quelques employés due à la différence de salaire avec les préposés aux bénéficiaires qui avaient bénéficié d'une augmentation de leur rémunération. Toutefois, de nouveaux employés ont été recrutés. Les membres du personnel ont exprimé leur satisfaction et se disent heureux de travailler à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux grâce à l'écoute et le respect des gestionnaires.

Enfin, il faut mentionner le Projet Forces qui a contribué non seulement à diminuer les pathologies musculosquelettiques en lien avec le travail, mais à résoudre l'absentéisme dû à ces mêmes pathologies à l'Hôpital Pierre-Boucher. Cette bonne pratique devrait être transférée dans les autres hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée
9.4.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	Priorité normale

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 96,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,6 % 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 :

La structure de gouvernance du circuit du médicament comprend plusieurs comités ayant des mandats bien définis pour assurer la sécurité de chaque étape du circuit du médicament. Les disciplines concernées par la gestion du circuit de médicaments sont bien représentées.

Les comités se réunissent périodiquement afin d'exercer leur mandat qui leur est accordé soit par la loi soit par les règlements professionnels. Ils traitent également toute problématique qui lui est adressée comme le rapport des accidents et incidents.

Les équipes connaissent la procédure de déclaration des accidents et incidents. Les déclarations sont réalisées sans crainte d'être pénalisé, car une approche processus est privilégiée.

Le personnel et les équipes de gestion sont engagés à atteindre l'excellence en matière de sécurité des usagers pour éviter des événements indésirables.

Le système informatique de la pharmacie gère les alertes de manière efficace. Le système est évalué régulièrement par les équipes de la pharmacie.

L'offre de service de soins pharmaceutiques est à souligner. La présence des pharmaciens sur les unités est un gage de qualité et sécurité. L'intégration des pharmaciens aux équipes de soins a fait la différence en ce qui concerne l'utilisation pertinente des médicaments, renforçant ainsi l'efficacité des interventions thérapeutiques.

Dans les unités de soins, plusieurs outils cliniques sont en place pour assurer une administration sécuritaire des médicaments. La vérification des ordonnances est réalisée par les pharmaciens attitrés aux unités. Cependant, les unités dépourvues de pharmaciens sur place ont toujours accès à un pharmacien.

Lors de la visite au service d'hémodialyse, deux usagers ont été rencontrés pour témoigner de leur expérience dans leur parcours de soins. Ils sont très satisfaits de l'information reçue concernant le traitement, ils ont également témoigné de la grande empathie de l'équipe de soins.

La gestion du circuit de médicaments dans son ensemble est très bien encadrée.

Les pharmacies principales ainsi que les deux pharmacies satellites en hémato-oncologie ont en place des pratiques sécuritaires basées sur des standards de haut niveau. Plusieurs filets de sécurité sont opérationnels et efficaces, ce qui rend le circuit du médicament aux pharmacies très fiable et robuste.

Les équipes ont accès au profil pharmaceutique ainsi qu'à d'autres renseignements cliniques de l'usager en temps opportun pour faire la validation des ordonnances.

Les équipes sont engagées et dévouées et tiennent à cœur la sécurité. L'entraide ainsi que l'esprit d'équipe sont présents.

Un plan de formation complet permet au personnel de la pharmacie de maintenir ses compétences et aussi être à jour avec les outils élaboré par l'organisation.

La grande majorité des POR sont élaborés et répondent aux exigences de conformité. Il est important de mentionner le travail du sous-comité responsable du programme d'antibiogouvernance.

Cependant, un effort supplémentaire doit se faire afin d'augmenter l'adhésion des médecins à l'utilisation de la liste d'abréviations, de symboles et de désignations de doses.

Lors de la visite à la clinique d'hémo-oncologie de l'Hôpital Pierre-Boucher, l'équipe de visiteurs a rencontré un usager en traitement qui a témoigné de la qualité de l'information reçue sur le traitement. Il a souligné également la capacité de l'équipe de soins à faire comprendre l'information.

Les partenaires contactés lors de la visite confirment le partenariat développé et consolidé au fil des années.

Les comités interdisciplinaires en place concernés par le circuit du médicament ont tous des mandats et responsabilités clairs et précis sur la gestion sécuritaire des médicaments pour l'ensemble de l'établissement.

Cependant, il sera bénéfique pour l'organisation de créer une instance au niveau stratégique qui pourra chapeauter tous les comités déjà en place, se doter d'une vision commune et établir les orientations stratégiques. Des acteurs clés disposant de pouvoirs décisionnels pourront faire partie de cette instance. La majorité des politiques et procédures mises à la disposition pour cette visite ont été élaborées en 2017.

Comme en 2019, il est fortement recommandé au département de pharmacie d'élaborer un plan complet d'actualisation de la documentation clinico-administrative qui encadre le circuit du médicament.

Les indicateurs suivis par les comités interdisciplinaires devront être revisités afin de déterminer s'ils apportent de l'information pertinente et utile aux gestionnaires et cliniciens dans l'identification des opportunités d'amélioration.

Plusieurs interventions pour agir sur la polypharmacie sont en place. Pour mieux structurer les actions et les stratégies, il est recommandé d'élaborer un programme intégrateur de ces activités et interventions.

Finalement, l'équipe de visiteurs a constaté, comme en 2019, que les espaces dans la pharmacie satellite en hémo-oncologie à l'Hôpital Pierre-Boucher sont très limités, affectant ainsi la qualité du travail d'équipes. Par exemple, le pharmacien qui valide les ordonnances est dérangé chaque fois que quelqu'un rentre à la pharmacie, car son poste de travail est tout près de l'entrée.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.12	Le comité interdisciplinaire veille à l'interopérabilité du système informatique de la pharmacie à d'autres systèmes d'information cliniques requis pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.8.1	L'équipe de pharmacie suit une procédure standardisée pour l'étiquetage des médicaments.	Priorité élevée
10.9.12	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques ont à leur disposition une trousse en cas de déversements de produits dangereux. Cette trousse se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques sont distribués et administrés.	Priorité élevée
10.11.11	Le comité interdisciplinaire dispose d'une veille procédurale qui met à jour les politiques et procédures de la gestion du circuit du médicament en fonction des données probantes et des révisions apportées aux lois et aux règlements.	Priorité normale

Aperçu de l'amélioration de la qualité

La poursuite du plan d'amélioration de la qualité et les suivis d'indicateurs qui en découlent permettent à l'équipe de visiteurs de dégager des constats généraux sur les quatre dimensions suivantes : les soins centrés sur la personne, la continuité des trajectoires de service, la gestion de la qualité et de la sécurité et l'expérience de l'utilisateur. Il s'agit de piliers incontournables sur lesquels s'appuie le système de gestion de l'établissement tout au long de la trajectoire de soins et services.

L'importance accordée à la voix de l'utilisateur a été soulignée à l'équipe de visiteurs. Celle-ci a été en mesure de constater que l'établissement fait ressortir l'expérience de l'utilisateur et qu'il s'agit d'un gage de réussite. Cette réussite est synonyme d'un partenariat réussi entre l'utilisateur (et ses proches) et les ressources internes et externes.

L'utilisateur a toute sa place au sein de l'établissement que ce soit par une participation, une opinion, ou même par le processus de plainte.

Les piliers du système de gestion, soit l'amélioration continue et la performance organisationnelle, forment le noyau du programme de gestion intégrée de la qualité. Il vise l'implantation de stratégies reconnues ayant fait leurs preuves au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle. Une approche structurée d'amélioration continue permet de répondre aux besoins de la clientèle et leurs proches. L'établissement présente un très haut taux de conformité aux diverses pratiques organisationnelles requises (POR).