



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Greenfield Park, QC

Séquence 2

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

Date de production du rapport : 29 novembre 2019

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2019. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	16
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	18
Résultats détaillés de la visite	19
Résultats pour les manuels d'évaluation	20
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	20
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	22
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance	24
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	25
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	27
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	29
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	32
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	35
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	37
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	39
Annexe A - Programme Qmentum	42

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

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

- **Emplacements**

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

1. Centre administratif (Saint-Hubert)
2. Clinique externe de pédopsychiatrie
3. CLSC de la rue Champlain (Clinique jeunesse)
4. CLSC de la Vallée-des-Forts
5. CLSC du Richelieu
6. CLSC Samuel-de-Champlain
7. CLSC St-Hubert
8. Hôpital Charles-Le Moyne
9. Hôpital du Haut-Richelieu
10. Maison de naissance Richelieu
11. Services de consultation externes Édifice Les Cours Singer (Clinique évaluation TSA, services réadaptation pédiatrique)
12. Suivi intensif dans la communauté (SICOM)









- **Manuels d'évaluation**

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

1. Jeunesse
2. Santé mentale et dépendances

Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des 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.

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.)	17	0	0	17
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	85	0	1	86
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	242	10	30	282
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	15	3	0	18
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	280	6	21	307
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	45	5	1	51
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	250	9	8	267
 Efficacité (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
Total	938	33	61	1032

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Jeunesse									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	57 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0	111 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance	45 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	46 (100,0%)	0 (0,0%)	6	61 (100,0%)	0 (0,0%)	1	107 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	20 (90,9%)	2 (9,1%)	11	55 (96,5%)	2 (3,5%)	8	75 (94,9%)	4 (5,1%)	19
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	31 (91,2%)	3 (8,8%)	3	45 (93,8%)	3 (6,3%)	4	76 (92,7%)	6 (7,3%)	7
Total	236 (96,7%)	8 (3,3%)	20	310 (98,1%)	6 (1,9%)	13	546 (97,5%)	14 (2,5%)	33
Santé mentale et dépendances									
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (92,3%)	3 (7,7%)	1	44 (95,7%)	2 (4,3%)	2	80 (94,1%)	5 (5,9%)	3
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	2	55 (100,0%)	0 (0,0%)	7	84 (98,8%)	1 (1,2%)	9
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	45 (93,8%)	3 (6,3%)	0	49 (94,2%)	3 (5,8%)	6	94 (94,0%)	6 (6,0%)	6

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	32 (97,0%)	1 (3,0%)	0	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0	77 (97,5%)	2 (2,5%)	0
Total	142 (94,7%)	8 (5,3%)	23	193 (97,0%)	6 (3,0%)	15	335 (96,0%)	14 (4,0%)	18
Total	378 (95,9%)	16 (4,1%)	23	503 (97,7%)	12 (2,3%)	28	881 (96,9%)	28 (3,1%)	51

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Non Conforme	0 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Non Conforme	3 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</p> <p>Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie 7.1.57 · Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis) 4.1.26 · Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits) 2.1.39
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide</p> <p>Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis) 4.1.28 · Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques 3.1.47

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.7 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.7.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 : Excellence des services	

L'équipe de gestion de la direction jeunesse démontre un grand leadership, une ouverture à l'innovation et à l'amélioration continue. Les modalités de gestion et de gouvernance permettent une bonne communication et une coordination efficace des services. La cogestion médicale est bien en place. Une salle de pilotage électronique permet un suivi interactif et régulier avec l'équipe de gestion.

Depuis plus d'un an, la direction jeunesse a introduit une gestion de proximité au sein de sa structure. Celle-ci répond bien aux défis actuels du programme et aux attentes des intervenants et de la clientèle.

Depuis la fusion en 2015, les structures de concertation régionale ont été préservées grâce à l'esprit de collaboration et d'innovation de même que par une volonté d'une vision commune des partenaires. Cela a facilité le maintien de mécanismes d'arrimage et de continuité des services au profit de la clientèle. Les projets « Ma famille, ma communauté, JTLG, Garde psychosociale à l'urgence » en sont des exemples concrets. Cela dit, les arrimages intra CISSS, inter CISSS et l'intégration des services restent à poursuivre notamment pour la clientèle en transition vers l'âge adulte.

Les témoignages écrits des jeunes ou de leurs parents sous la forme d'un « écho des patients » sont à souligner. La clientèle rencontrée est très satisfaite des services reçus et apprécie grandement les équipes. La direction est encouragée à se doter d'indicateurs de progression dans l'implantation du partenariat de soins et services avec les usagers pour donner « encore plus de place aux jeunes et à leur famille » s'inspirant du cadre de référence ministériel québécois sur le partenariat de soins et services.

Le développement de nouveaux services dans la communauté, à titre d'exemple, « Aires ouvertes, Agir tôt, Premiers épisodes psychotiques » accentuera le besoin d'un arrimage et d'une optimisation des trajectoires de soins et services en synergie avec les services de deuxième ligne.

La planification, la rétention et la santé de la main d'œuvre nécessitent déjà un effort important dans certains secteurs. Le développement de postes favorisant la fluidité de la trajectoire de services « interne-externe », voire même « inter direction » pour des clientèles communes, pourrait-il être une avenue à explorer ?

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique

Il faut d'abord signaler la qualité du personnel: intervenants, cadres et médecins. Leur souci de la sécurité et du bien-être des usagères et leur famille et de la qualité des soins sont corroborés par le témoignage des clientes et familles. Ils font preuve de professionnalisme, d'empathie et de sympathie envers les usagères.

La collaboration entre les personnes, les professions et les différents sites est exemplaire. Cette qualité s'observe avec toutes les équipes.

Les équipes sont félicitées pour la fluidité des trajectoires qu'elles ont réussi à mettre en place. Ce succès est le résultat de nombreuses décisions et actions comme: le partage de personnel entre UME et CLSC, certains outils de communications qui ont été harmonisés, les corridors de service, etc.

Il faut aussi noter l'ouverture au changement et à l'innovation des équipes: certaines sont encore limitées à un site et méritent d'être élargies à l'ensemble du CISSS. À titre d'exemple, notons la photothérapie à domicile, l'accès au gel désinfectant sur les couchettes néonatales, la rationalisation de la prise des signes vitaux pour les infirmières, le « peau à peau » par les pères en post césarienne, etc.

Les équipes ont pris plusieurs initiatives d'amélioration qui méritent d'être signalées: le partage de personnel UME-CLSC, la création de corridors de services, le journal « La Couvée » et le site « Info-Web », les audits sur la qualité des transitions, l'informatisation des RENDEZ-VOUS, l'outil d'évaluation initiale et l'avis de continuité postnatal (en attente du numéro des archives), l'adoption de l'approche client de McGill, le programme EMMIE (entretien motivationnel pour immunisation), enquête pour identifier les besoins de formation, le développement de l'outil de priorisation des inductions basé sur la preuve, le comité interprofessionnel d'harmonisation des outils et des pratiques (le fait que ses réunions durent une pleine journée est remarquable), etc.

Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs efforts avec détermination dans les dossiers suivant: l'implantation de l'avis de grossesse; on peut alors intervenir plus tôt auprès de clientes/familles vulnérables. La recherche, la formation et l'intégration de clientes partenaires pour qu'elles siègent aux comités de planification de services ou de rédaction/revue de politiques, procédures et protocoles. Enfin l'harmonisation des outils et des pratiques, vous avez déjà le comité, il faut simplement poursuivre les

efforts pour compléter le cycle.

Nous souhaitons beaucoup de succès à l'établissement dans ses efforts de recrutement de personnel, d'amélioration de ses espaces et, pour le Haut-Richelieu, le rapatriement de sa clientèle en obstétrique.

Voici quelques points à signaler sur chacun des sites. La liste n'est évidemment pas exhaustive, mais ce sont des points qui ont attiré l'attention du visiteur.

HCLM (Hôpital Charles-Le Moyne)

- L'enquête pour identifier les besoins de formation;
- La rationalisation de la prise des SV
- L'outil d'évaluation de la priorité des inductions basé sur la preuve;
- Audit sur la qualité de la transition;
- Phase 4 du dépistage de la surdité;
- Photothérapie domicile;

CLSC Saint-Hubert et Clinique Ami des bébés

- Audit de satisfaction pour les visites à domicile;
- Corridor de services entre UME et CLSC;
- Amélioration des outils de transfert et de communication: plus de fluidité ;
- La permanence et la facilité d'accès aux services.

HHR (Hôpital du Haut-Richelieu)

- RENDEZ-VOUS pour les clientes GARE regroup e sur une seule journée, démontre un grand souci pour le confort de la clientèle;
- Deux prix consécutifs de Reconnaissance AMPRO;
- Un taux de césarienne remarquablement bas;
- Les caucus aux changements de quarts;
- L'outil de gestion TRELLO et la salle de pilotage;

CLSC Vallée-des-Forts

- La collaboration avec les organismes communautaires;
- Harmonisation des politiques sur la gestion de la bilirubinémie;
- Tous les projets pour améliorer les taux de vaccination;
- Amélioration de l'accès aux cours prénataux;
- Maintien de la certification initiative « ami des bébés ».

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance

Les qualités humaines et professionnelles de toute l'équipe méritent d'être signalées. Le souci de la sécurité et du confort des usagères est manifeste et constant. Le moral de l'équipe a été mis à rude épreuve à la suite de trois évènements sentinelles. Elles ont fait preuve d'une grande résilience et ont su prendre, avec l'aide des autres intervenants du CISSS, toutes les mesures pour corriger les problèmes et s'améliorer.

L'équipe doit être félicitée pour ses efforts et activités d'amélioration de la qualité. À ce titre, signalons le comité de parents et l'organisation d'activités sociales, la revue du questionnaire de satisfaction, la revue de plusieurs pratiques en 2019, l'augmentation du nombre de débriefing, amélioration du déroulement des codes roses, participation plus active au programme AMPRO, la création du comité de révision des dossiers (surtout pour les cas à risque), etc.

Il faut aussi signaler les progrès de la collaboration interprofessionnelle et inter-sites. Les communications sont fluides et respectueuses pour le plus grand bien des usagères. Il y a un esprit d'équipe vraiment régional pour l'ensemble du CISSS.

L'équipe a déjà une excellente relation avec sa clientèle et s'informe de ses besoins et de sa satisfaction. Cependant, il serait souhaitable de recruter et de former quelques patientes partenaires qui pourraient siéger aux comités chargés de planifier les services ou de rédiger et revoir les politiques, procédures et protocoles.

Enfin, on souhaite tout le succès possible à l'équipe dans ses efforts de recrutement et de croissance des services de sage-femme et maisons de naissance.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté

L'équipe du programme « jeunes en difficulté » se caractérise entre autres par le souci de la clientèle, l'engagement, la polyvalence, le professionnalisme et l'entraide.

Les équipes sont bien ancrées au sein de la communauté, notamment avec les écoles du territoire. L'agent de liaison maintient des liens réguliers avec le milieu. Il accueille les demandes et les dirige vers le service le plus approprié aux besoins du jeune. Des critères permettent aussi de prioriser les demandes. Des liens étroits existent avec la direction de la protection de la jeunesse. Si un risque suicidaire est décelé, une prise en charge est déclenchée rapidement.

L'équipe est interdisciplinaire et peut offrir un suivi individuel. Des groupes sont également offerts aux familles notamment le programme « équipe » à la suite d'une formation offerte par le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Les résultats sont validés et prometteurs. Nous encourageons l'équipe à poursuivre la mesure des résultats en vue d'amélioration future.

Le programme « CriseAdoFamille » offre des services de crise en soirée jusqu'à 22 h. L'équipe peut aussi soutenir d'autres secteurs cliniques selon les variations de la demande. Les arrimages de l'équipe avec le milieu sont bien en place. Le personnel clinique bénéficie du soutien clinique et émotif nécessaire.

Des efforts importants ont aussi permis d'améliorer l'accès au premier service à l'intérieur des cibles ministérielles. Des modalités de services adaptées aux variations des demandes ont été mises en place telles que les « intervenantes accueillantes ». Cette réalisation est digne de mention.

Les efforts doivent maintenant se poursuivre pour améliorer l'accès au deuxième service.

Des services sociaux et en soins infirmiers sont déployés dans toutes les écoles secondaires du territoire. L'offre de service est bien structurée et intégrée à celle de l'équipe-école. Bientôt, un programme novateur nommé « Hors piste » sera mis en œuvre. De concert avec un chercheur, ces ateliers d'animation permettront de rejoindre les élèves du secondaire en lien avec la prévention des troubles anxieux. Cette initiative est à souligner.

La clinique jeunesse est un rouage essentiel de la programmation jeunesse. Elle permet de rejoindre des jeunes et leurs parents directement dans la communauté avec ou sans rendez-vous. La collaboration interprofessionnelle est exemplaire. La clientèle rencontrée exprime une grande satisfaction quant aux services psychosociaux reçus. L'équipe est invitée à poursuivre sa réflexion sur l'identification potentielle de risques autant pour la clientèle que pour les usagers dans une perspective d'amélioration continue.

De longue date, le programme « Jeunes en difficulté » a établi un partenariat étroit avec le milieu communautaire, notamment les organismes de pédiatrie sociale « L'Envol » et « l'Étoile ». Ces organismes apprécient grandement la confiance, le respect et la souplesse qui caractérisent le partenariat avec le CISSS Montérégie Centre. Ce partenariat fructueux a mené à l'amélioration continue de l'offre de service. Un nouveau groupe parent-enfant verra le jour prochainement à l'Envol avec la collaboration de toutes les parties prenantes. Le projet mobile avec le centre de pédiatrie « l'Étoile » dans le secteur de Lacolle est également novateur et bien ciblé. Il est le fruit d'un solide partenariat et d'un engagement à long terme de toutes les parties prenantes. Ce niveau de partenariat communautaire est remarquable.

Au niveau de la qualité, les audits menés par les spécialistes en activités cliniques visant l'amélioration continue de la tenue de dossiers sont dignes de mention.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses initiatives visant à simplifier l'accès et à favoriser la meilleure continuité et stabilité possible des services pour la clientèle. Les arrimages inter direction sont à poursuivre pour la clientèle avec besoins complexes. L'équipe est invitée à se donner une vision commune du partenariat de soins et services et à établir des cibles tant sur le plan clinique qu'au niveau de la participation d'usagers partenaires à l'amélioration de la qualité des services.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté	
6.1.11 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
6.1.12 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
6.1.51 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	!
6.1.55 Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'usager.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté	

L'équipe de santé mentale jeunesse est accueillante, dynamique, très compétente et attentionnée envers la clientèle.

Des efforts importants ont permis à l'équipe de réduire les délais d'accès au service. Ceux-ci répondent aux attentes ministérielles pour le premier service et les efforts se poursuivent afin de réduire les délais pour le deuxième service.

L'offre de service est structurée et les informations aux points de transition sont appliquées avec rigueur et célérité par l'équipe, notamment lors de transitions à partir de l'urgence via des interfaces entre la garde psychosociale et l'agente de liaison. Les mécanismes de liaison, de coordination et de communication avec la direction de la protection de la jeunesse sont bien en place, réguliers et efficaces.


Les intervenants accordent beaucoup d'attention à la trajectoire la plus personnalisée possible pour la clientèle. Les spécialistes en activité clinique exercent un rôle précieux tant au point de vue de la performance clinique qu'au niveau du soutien clinique. Les rôles et responsabilités des membres de l'équipe sont clairs. La formation offerte aux intervenants est diversifiée notamment au niveau du volet interculturel. La collaboration interprofessionnelle est digne de mention.

Le groupe « Horizon », thérapie par la nature et l'aventure pour les jeunes de 13 à 17 ans, a également vu le jour à l'été 2019. Cette innovation très alignée sur les besoins des jeunes, en partenariat avec la

recherche, est digne de mention.

L'équipe est encouragée à poursuivre les initiatives visant à simplifier l'accès et à favoriser la meilleure continuité et stabilité possible des services pour la clientèle, en particulier pour la clientèle avec besoins complexes, notamment pour les enfants en DI-TSA-DP. De même, l'équipe est invitée à consolider une vision commune du partenariat de soins et services et à établir des cibles d'amélioration tant sur le plan clinique qu'au niveau de la participation d'utilisateurs partenaires à l'amélioration de la qualité des services.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	
7.1.21 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
7.1.22 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
7.1.24 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
7.1.42 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	!
7.1.47 Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'usager.	
<p>7.1.57 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.1.57.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>7.1.57.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>7.1.57.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	

7.1.57.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	
7.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

La collaboration, le souci de la clientèle, la compétence, l'engagement et le travail d'équipe sont à souligner que ce soit aux unités de pédopsychiatrie, à l'hôpital de jour ou dans les cliniques externes.

Le secteur a déployé d'importants efforts pour améliorer l'accès à l'unité d'adopsychiatrie. Le projet de garde psychosociale à l'urgence est digne de mention. Il sera bientôt déployé sur 7 jours à l'hôpital Charles-Le Moyne afin d'éviter le recours à l'urgence pour des jeunes qui nécessitent des services de crise ou des services externes en temps opportun.

À l'hôpital de jour, le milieu est accueillant et les jeunes apprécient beaucoup la bienveillance et l'approche des intervenants. Les jeunes rencontrés accordent beaucoup d'importance aux liens établis par l'hôpital de jour avec le milieu scolaire. La programmation est adaptée aux besoins des jeunes selon la problématique. Des délais d'accès existent à certaines périodes de l'année ce qui nécessite des mesures alternatives pour assurer la fluidité des services notamment pendant la période estivale.

En clinique externe, le personnel clinique et administratif rencontré apprécie la clientèle et le travail d'équipe. Il valorise les liens avec les autres équipes, notamment en première ligne via le psychiatre répondant et les interfaces lors de transition dans les services. Les délais pour un premier service se sont grandement améliorés. Des efforts sont à poursuivre afin d'améliorer l'accès pour le suivi après le premier service.

Bien que les équipes discutent régulièrement de sécurité, nous invitons le secteur à se doter d'une approche structurée d'identification, de prévention et de gestion des risques.

Le personnel de l'unité de pédopsychiatrie est dévoué et très attentif aux besoins de la clientèle. Les parents rencontrés se sentent partenaires avec l'équipe traitante. Les interventions valorisent la participation des parents et de l'enfant. L'unité de pédopsychiatrie (6-12 ans) nécessiterait un rafraîchissement (par exemple, de la peinture, encombrement des salles d'observation) afin de poursuivre sa mission dans les meilleures conditions possible. De même, il nous apparaît essentiel de poursuivre les améliorations extérieures prévues dès que possible pour le traitement approprié de cette clientèle.

Le secteur interne de la pédopsychiatrie vit une situation d'instabilité et de pénurie de main-d'œuvre qui

nécessite de nouvelles mesures afin d'offrir des postes intéressants et amener la stabilité dont la clientèle a grandement besoin eu égard à ses besoins et à sa grande vulnérabilité. Avec le soutien des directions telles que la direction des services multidisciplinaires et la direction des soins infirmiers notamment, une mise en commun de stratégies novatrices pourrait être envisagée.

L'optimisation et l'arrimage des trajectoires de soins et services internes et externes sont à poursuivre notamment avec le développement de nouveaux services prometteurs tels que: aires ouvertes et premiers épisodes psychotiques.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.19 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
1.5.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.7 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 : Excellence des services

L'équipe connaît très bien son offre de service en santé mentale pour une clientèle de plus de 18 ans. Le continuum de service en santé mentale est bien documenté incluant la mission, la vision, la clientèle cible et les principaux enjeux.

L'équipe de direction fait le suivi de leur salle de pilotage de façon informatique. L'application est très conviviale et est même disponible pour les téléphones intelligents. Le déploiement des salles opérationnelles est planifié.

L'équipe s'inscrit dans le plan d'action en santé mentale 2015-2020 du Ministère de la Santé. L'équipe a élaboré son plan d'action pour la prochaine année avec les principaux enjeux auxquels il doit faire face. Les principaux chantiers 2019-2020 sont bien définis et inscrits dans la planification de la direction.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec les gestionnaires de sa direction et avec les autres directions. Une gestion clinico-administrative médicale est en place pour l'amélioration des services et une gestion de proximité.

Les différents programmes sont en continuité et en complémentarité pour répondre aux besoins des usagers tout au long de leur épisode de soins. L'équipe est composée de plusieurs professionnels de différentes disciplines qui visent le rétablissement des usagers. La transition jeunesse-adulte est facilitée par l'implication des intervenants dans la phase transitoire pour favoriser une prise en charge sécuritaire du jeune adulte. L'équipe maximise le continuum de soins dans le milieu de l'utilisateur tout en incluant les proches et la famille. Les projets d'amélioration des équipes sont des preuves de l'implication des usagers ou des proches dans le milieu. En effet, à partir de commentaires, de plaintes ou de rencontres sur l'expérience-patient, les usagers ou leurs proches donnent de l'information pour faire améliorer le milieu. Notons le salon des familles à l'Hôpital du Haut-Richelieu-Rouville (HRR).

L'équipe s'est vu confier le mandat sur la pratique organisationnelle requise de la prévention du suicide. La structure est en place, un plan d'action est fait, mais l'équipe doit s'assurer de son appropriation par les équipes terrain et la mise en œuvre des différents outils cliniques. La formation du personnel sur la prévention du suicide est en cours.

L'équipe base ses interventions sur les données probantes et les meilleures pratiques. Les nombreux professionnels partagent leur expertise pour offrir à l'utilisateur les meilleures pratiques cliniques. La formation du personnel est très présente.

L'équipe de direction diffuse des capsules d'information en lien avec la visite d'agrément afin de permettre au personnel de bien comprendre les objectifs de la visite. Il est suggéré à l'équipe de continuer cette pratique et de la partager aux autres directions dans une optique d'amélioration continue de la qualité. De plus, l'équipe a créé un bulletin « L'écho de nos patients » qui donne des témoignages ou des commentaires des usagers afin de mieux comprendre la santé mentale.

Différents projets ont émergé dans les dernières années pour répondre aux besoins de la clientèle grâce à un financement ministériel dont le soutien de base non intensif, le programme d'intervention en premiers épisodes psychotiques et la consolidation du suivi intensif dans le milieu et le suivi d'intensité variable. De plus, l'ouverture récente de l'hôpital de jour en psychiatrie à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) est une autre avenue pour diminuer la congestion des lits. L'équipe est encouragée à consolider cette nouvelle pratique.

La gestion des lits demeure un enjeu de taille pour les équipes de la psychiatrie. L'équipe fait face à des taux d'occupation importants qui obligent les gestionnaires à faire preuve de cohésion et de collaboration avec l'équipe médicale. L'équipe fait des efforts pour limiter les impacts de la stigmatisation de la clientèle. La direction clinique a établi des partenariats avec le milieu professionnel et communautaire autant à l'interne qu'à l'externe.


Un plan clinique est en élaboration pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle et créer des lieux sécuritaires pour la clientèle et les intervenants. Cependant, en attente de ces travaux, l'équipe doit procéder à des travaux afin de rendre les lieux sécuritaires particulièrement pour les unités de soins de HCLM afin de les rendre sécuritaires pour le personnel et les usagers.

Les partenaires sont mobilisés pour répondre rapidement aux besoins des usagers. Selon les partenaires, les liens avec la direction de santé mentale et dépendance sont excellents et se sentent écoutés. L'équipe a mis en place un comité sur la primauté de la personne afin de limiter les enjeux liés à la stigmatisation. Des patients font partie de ce comité afin d'obtenir leur expérience-patient.

La gestion des ressources humaines est un enjeu de taille pour la direction de la santé mentale et de dépendance. De plus, l'équipe utilise beaucoup de ressources en préposés aux bénéficiaires pour répondre aux surveillances de garde préventive ou en établissement. La déclaration des incidents-accidents fait l'objet d'un suivi par les différentes équipes. Des pistes d'amélioration sont précisées en fonction des incidents-accidents. Il serait intéressant que l'équipe introduise la déclaration informatisée du rapport incident-accident.

Les différents intervenants connaissent les mécanismes de référence ou les partenaires lors de problématiques de dépendance.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)	
2.1.28 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.39 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments. 2.1.39.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)	

L'équipe de santé mentale pour les usagers inscrits a une offre de services très élargie dans une multitude de programmes pour une clientèle adulte aux prises avec différents problèmes de santé mentale.

Les équipes cliniques sont composées de professionnels impliqués, engagés et passionnés par leur travail. Le personnel est compétent et une synergie est remarquée.

Le travail interdisciplinaire est remarquable à tous les niveaux et des ajustements sont faits rapidement pour répondre aux besoins de la clientèle.

Différents partenariats tant internes qu'externes sont en place. Des échanges fréquents avec les familles et les proches permettent d'aplanir les obstacles dans plusieurs situations, et ce, dans l'intérêt des usagers. L'équipe connaît très bien les ressources communautaires afin de guider l'utilisateur vers la bonne ressource.

L'équipe est encouragée à revoir la signalisation des lieux dans le secteur de la clinique externe de Saint-Jean-sur-Richelieu afin de favoriser la confidentialité.

La trajectoire des usagers inscrits débute par le guichet d'accès en santé mentale à la suite d'une

référence médicale, professionnelle ou communautaire. Depuis peu, l'équipe a mis sur pied le centre de répartition des demandes des services (CRDS). Selon le niveau d'urgence, l'utilisateur sera référé rapidement aux bons intervenants et aux bonnes ressources communautaires. L'arrivée récente d'un infirmier - praticien spécialisé facilitera la prise en charge et la priorisation de la clientèle. Selon l'évaluation, l'utilisateur est dirigé selon l'intensité requise pour répondre à ses besoins. Toutes les équipes (suivi intensif dans le milieu, le suivi d'intensité variable, le premier épisode psychiatrique, la clinique externe ou les différentes ressources communautaires) visent un seul objectif soit le plein rétablissement en maximisant les forces des usagers.

Les équipes sont très novatrices et créatives. Une prise en charge et de belles initiatives de la part des intervenants sont à souligner; notons les projets : « Ces voies oubliées », « Face aux vents », « Les impatientes », les ressources intermédiaires et toute intervention personnalisée qui favorise le retour à l'autonomie de la personne. Les usagers rencontrés sont très satisfaits des services reçus, de la disponibilité des intervenants et des filets de sécurité mis en place.

Les notes d'évolution sont informatisées ou manuscrites. Le secteur externe a son propre dossier. Au besoin, les informations peuvent être transmises au milieu hospitalier. Un consentement est signé par l'utilisateur. Cependant, le consentement aux soins n'est pas toujours signé. Il est suggéré à l'établissement de s'assurer que la signature de l'utilisateur se retrouve au dossier. De plus, il est suggéré à l'équipe de faire l'implantation d'un dossier clinique informatisé le plus tôt possible afin de rendre l'information disponible aux intervenants dans un continuum de soins.

Des rencontres interdisciplinaires sont faites de façon régulière et un plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré. Ce plan est versé au dossier et une copie est remise à l'utilisateur.

Dans certains secteurs, l'utilisateur est encouragé à participer à des ateliers psychoéducatifs en groupe ou de façon individuelle. L'équipe est sensible à faire l'évaluation des facteurs de risque lors de visites à domicile.

L'équipe fait le suivi du risque suicidaire et le réévalue régulièrement. Des interventions appropriées sont faites auprès de l'utilisateur qui tient des propos suicidaires, mais la documentation clinique au dossier est variable.

L'équipe fait le suivi d'indicateurs cliniques et administratifs et propose des pistes de solution lors de situations particulières. Des plans d'amélioration de la qualité sont élaborés en fonction des résultats.

Des sondages d'évaluation de la qualité des services rendus sont faits dans les résidences intermédiaires.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques	
3.1.2 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.36 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
3.1.44 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
3.1.47 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.47.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	POR
3.1.60 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
3.1.78 Des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'usagers vers d'autres établissements, ainsi qu'au nombre d'usagers qui quittent le service sans avoir été vus sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
3.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques

Les patients qui se présentent pour des problématiques de santé mentale sont pris en charge par le personnel de l'urgence tout comme les patients de santé physique. Une évaluation au triage est faite et si la problématique majeure est de santé mentale, l'utilisateur est transféré dans un secteur déterminé pour la clientèle psychiatrique.

À l'Hôpital du Haut-Richelieu (HRR), deux salles d'isolement sécuritaires sont présentes dans les cas d'agitation. Du côté de l'hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), la salle (secteur dispensaire) où le patient très agité est orienté n'est pas sécuritaire. Il est suggéré fortement à l'équipe de sécuriser un endroit où accueillir les patients en crise dans le secteur de l'urgence. Le niveau de surveillance est en fonction de la condition clinique du patient et du personnel additionnel est ajouté lors de garde préventive.

L'équipe de psychiatres intervient dès l'urgence en collaboration avec l'infirmière de liaison et l'urgentologue. La prise en charge est rapide; le plan d'intervention et l'orientation du patient sont définis. La présence de l'infirmière de liaison de psychiatrie à l'urgence facilite le cheminement et l'orientation de l'utilisateur tant interne qu'externe.




L'évaluation du repérage à l'urgence du risque suicidaire est faite dès l'évaluation à l'urgence. Certains membres du personnel ont reçu la formation pour détecter l'utilisateur à risque suicidaire. Cependant, le suivi et la documentation au dossier sont variables. L'équipe de la direction santé mentale est responsable de l'application de la pratique organisationnelle requise sur la prévention du suicide. La formation a débuté auprès du personnel de l'établissement en intégrant une grille d'évaluation. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour la mise en place des bonnes pratiques reliées à cette pratique organisationnelle requise (POR). La mise en garde préventive ou en établissement est déterminée par le psychiatre. Les usagers sont informés de leurs droits en regard de la procédure de mise en garde en établissement. Des documents sont remis aux patients sur leurs droits.

L'équipe fait le suivi quotidien du nombre de cas à l'urgence. L'équipe est très proactive à trouver des solutions pour la gestion des lits. L'objectif est de bien orienter l'utilisateur et de limiter la durée de séjour à l'urgence. Parmi les solutions, précisons le recours à certaines ressources communautaires.

Différents corridors de services sont en place pour favoriser la continuité des services. Du côté de HCLM, le secteur Z est utilisé pour accueillir des patients en phase critique qui sont en attente d'orientation. C'est un local fermé et très exigu où l'on retrouve 6 patients. Ce local ne répond pas aux normes de sécurité dans un contexte où le patient est en phase critique. L'équipe doit revoir l'offre de services en locaux pour la santé mentale dans le secteur de l'urgence pour répondre aux besoins de la clientèle de façon sécuritaire. De plus, l'unité d'évaluation de traitement transitoire à HRR est un autre moyen pour maximiser rapidement l'orientation de la clientèle.

Afin de favoriser la compréhension des problématiques de santé mentale, le service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu a été formé sur les problématiques en santé mentale. Belle initiative de l'équipe pour faciliter l'adhésion et le suivi des différents usagers dans la communauté.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)	
4.1.26 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 4.1.26.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	
4.1.28 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 4.1.28.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide. 4.1.28.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	
4.1.32 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	
4.1.33 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)

L'équipe dispose de plus de cent vingt lits d'hospitalisation répartis en deux pôles différents soit à l'Hôpital du Haut-Richelieu (HRR) et à l'hôpital Charles-Le Moyne (HCLM).

Le secteur de l'unité d'évaluation de traitements transitoires de HRR est désuet. Des chambres à trois lits limitent la confidentialité et la tranquillité de la clientèle. À HRR, l'équipe de psychiatres prend en charge la clientèle accompagnée d'un médecin généraliste qui s'occupe des problématiques d'ordre physique. Les salles de consultation sont visibles du poste des infirmières occasionnant un risque pour la confidentialité. Il est suggéré à l'équipe de trouver un moyen pour assurer une confidentialité tout en conservant l'aspect sécuritaire pour les intervenants.

Les patients avec des problèmes de dépendance sont orientés vers un organisme communautaire. Du côté de HCLM, les unités de soins ne sont pas sécuritaires autant pour le personnel que pour les patients. La configuration des lieux pour les salles communes ne favorise pas le rétablissement. Beaucoup de mouvements, d'agitation sont observés. Il est suggéré de s'assurer que le matériel et les lieux soient

conformes, sécuritaires tout en diminuant les stimuli. De plus, certains patients portent une jaquette bleue lorsqu'ils sont en garde afin de favoriser le repérage. Il est suggéré à l'équipe de revoir cette pratique afin d'éviter de stigmatiser certains patients.

L'équipe de psychiatres fait le suivi de leurs patients tout au long du continuum de soins en interne et en externe. Les usagers se disent très satisfaits de cette formule, car le lien thérapeutique est créé et ceux-ci n'ont pas à répéter leur histoire lors d'un changement de secteurs. L'équipe a mis en place, en partenariat avec un organisme communautaire, un guide clinique à l'intention du personnel pour accompagner l'usager dans sa réflexion face aux traitements pharmacologiques. Ce guide a remporté le prix « Coup de cœur » lors du dernier colloque de l'association des infirmiers et infirmières en santé mentale.

L'équipe vise à améliorer une qualité du milieu pour les usagers. La mise en place d'espaces de détente ou d'exercice favorise une certaine liberté de la clientèle. Un registre est disponible pour documenter les sorties des résidents. Chaque usager a un plan de soins personnalisé et informatisé. À HRR, les rencontres interdisciplinaires sont surtout informelles ou lors de situations complexes. Cependant, du côté de HCLM, les rencontres interdisciplinaires sont planifiées chaque semaine. Il est suggéré à l'équipe d'implanter des rencontres interdisciplinaires dans l'ensemble du CISSS avec l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire.

Lors de sorties temporaires thérapeutiques, le patient et ses proches doivent évaluer le déroulement de la sortie et permettre aux intervenants de planifier la fin des services ou de les modifier. La gestion des sorties externes est bien documentée et un suivi est fait pour que les usagers respectent les règles établies.

Le suivi des pratiques organisationnelles requises (POR) est variable. L'équipe a le souci de la prévention du risque suicidaire, mais la documentation est difficile à repérer. Le comité de la POR sur la prévention du risque suicidaire doit mettre en place une grille de documentation. Le bilan comparatif des médicaments est presque implanté. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour rendre conformes ces deux pratiques organisationnelles dans les deux sites.

L'accès aux unités est sécurisé. Des caméras de surveillance dans les aires communes permettent de surveiller les comportements des usagers et assurer la sécurité des intervenants et des usagers.

Les usagers sont admis dans les unités en fonction de la disponibilité des lits, ce qui entraîne une mixité de diagnostics différents avec des comportements variables. À HCLM, un effort est fait pour regrouper les patients selon leur diagnostic particulièrement les cas de gérontopsychiatrie et de premiers épisodes psychotiques.

L'ouverture d'une unité d'hospitalisation brève est un autre moyen de répondre aux besoins de la clientèle.

Les informations et le suivi du patient sont consignés au dossier de l'usager. Un partage de l'information se fait régulièrement en particulier lors des points de transition. Un tableau de suivi permet d'avoir une vue rapide de la situation de l'unité de soins et du suivi de chaque usager.

L'administration des médicaments répond aux standards de pratique. Certaines activités thérapeutiques sont proposées aux usagers. L'équipe est encouragée à poursuivre sa réflexion afin d'augmenter la thérapie occupationnelle et de prévoir une salle adaptée pour les activités physiques. De belles initiatives ont été faites pour procurer un environnement stimulant, notons le petit jardin, les terrasses extérieures.

L'hygiène des mains fait partie des défis de l'équipe. Le personnel est sensibilisé à l'importance du lavage et fait des efforts pour s'y conformer. Cependant, les audits démontrent un taux de compliance assez faible. L'équipe travaille de concert avec la prévention des infections afin de trouver des moyens pour rendre disponibles les produits désinfectants tout en assurant la sécurité de la clientèle. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour atteindre les objectifs en prévention des infections.

Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

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