



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Greenfield Park, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 24 au 28 avril 2022

Date de production du rapport : 3 juin 2022

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 avril 2022. 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	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	22
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	26
Résultats détaillés de la visite	28
Résultats pour les manuels d'évaluation	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	39
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	44
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	46
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	56
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	58
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	60
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	63
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	64
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	65
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	67

Programme Qmentum

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	69
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	70
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	72
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	75
Ensemble de normes : Télésanté	75
Annexe A - Programme Qmentum	77

Sommaire

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 : 24 au 28 avril 2022**

- **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 de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-s Richelieu
2. Centre externe de néphrologie Saint-Lambert
3. CLSC de la Vallée-des-Forts
4. CLSC du Richelieu
5. CLSC Saint-Hubert
6. CLSC Samuel-de-Champlain
7. Complexe administratif (Saint-Hubert)
8. Groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Hubert
9. Hôpital Charles-Le Moyne
10. Hôpital du Haut-Richelieu
11. Service régional Info-Santé de la Montérégie
12. Services administratif (Longueuil)

- **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. Santé physique
2. Services généraux

- Normes

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

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.)	12	0	0	12
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	120	1	0	121
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	555	17	14	586
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	25	0	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	480	5	45	530
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	80	0	1	81
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	442	12	15	469
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	37	0	0	37
Total	1751	35	75	1861

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(s) d'évaluation 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
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	51 (100,0%)	0 (0,0%)	0	65 (97,0%)	2 (3,0%)	5	116 (98,3%)	2 (1,7%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	41 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	89 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0	112 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	40 (100,0%)	0 (0,0%)	3	43 (100,0%)	0 (0,0%)	7	83 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0	45 (100,0%)	0 (0,0%)	5	83 (100,0%)	0 (0,0%)	5

Manuel(s) d'évaluation 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 - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	75 (100,0%)	0 (0,0%)	1	83 (98,8%)	1 (1,2%)	1	158 (99,4%)	1 (0,6%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (98,2%)	1 (1,8%)	5	82 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	79 (98,8%)	1 (1,3%)	2	59 (100,0%)	0 (0,0%)	5	138 (99,3%)	1 (0,7%)	7
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	36 (97,3%)	1 (2,7%)	5	64 (97,0%)	2 (3,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	74 (96,1%)	3 (3,9%)	0	54 (94,7%)	3 (5,3%)	5	128 (95,5%)	6 (4,5%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	6	42 (100,0%)	0 (0,0%)	10	72 (100,0%)	0 (0,0%)	16
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	15 (93,8%)	1 (6,3%)	0
Total	571 (99,1%)	5 (0,9%)	12	656 (98,5%)	10 (1,5%)	48	1227 (98,8%)	15 (1,2%)	60
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	12 (85,7%)	2 (14,3%)	3	19 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (93,9%)	2 (6,1%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	9 (100,0%)	0 (0,0%)	0	15 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	16 (94,1%)	1 (5,9%)	1	40 (97,6%)	1 (2,4%)	1	56 (96,6%)	2 (3,4%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	36 (97,3%)	1 (2,7%)	1	45 (97,8%)	1 (2,2%)	3	81 (97,6%)	2 (2,4%)	4
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	6	62 (98,4%)	1 (1,6%)	6
Total	148 (96,7%)	5 (3,3%)	17	226 (99,1%)	2 (0,9%)	10	374 (98,2%)	7 (1,8%)	15
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	21 (100,0%)	0 (0,0%)	17	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	740 (98,7%)	10 (1,3%)	17	914 (98,7%)	12 (1,3%)	58	1654 (98,7%)	22 (1,3%)	75

* 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 - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - 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 - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	4 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 - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	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 - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	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 - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	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 - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	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 - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	2 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3

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 - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1

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 - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1

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 - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	3 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 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 - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	2 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.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS) a été fortement impacté par les multiples vagues de la pandémie. Toutefois, il a réussi à développer des projets novateurs et créatifs pour faire face à la forte demande de soins et de services. Il convient de souligner la mise en place de l'ingénieux projet de paramédecine communautaire qui est porteur et mérite d'être soutenu et activé.

Le nombre de projets initiés peut-être mobilisateur, mais difficile à maintenir sur une longue période. La direction est invitée à demeurer sensible à la capacité de son équipe à répondre à la demande.

Plusieurs projets ont connu le jour, notamment, le projet Paramédecine communautaire. Un projet vidéo qui présente une situation réelle d'une personne âgée à domicile en lien avec l'intervention des paramédics communautaires. Une vidéo touchante, inspirante et efficace, qui ne laisse personne insensible. Bravo pour cette initiative! L'équipe est encouragée à poursuivre son magnifique travail et à oser aller au-delà des sentiers battus. Un autre projet concernant les rencontres prénatales mérite d'être souligné: les infirmières en périnatalités ont élaboré des cours qui permettent aux futures mères et aux futurs pères de participer à des formations en ligne. Fort de cette expérience, les personnes rencontrées mentionnent les bienfaits de la télésanté, un moyen innovant que l'on doit conserver.

Services généraux

Équipe dynamique soutenue par des leaders qui ont de la vision et de l'organisation. L'utilisateur est au cœur des décisions et des projets mis de l'avant, et ce, dans une optique d'amélioration continue de la qualité. L'équipe est invitée à maintenir une vigilance quant au nombre de projets mis de l'avant et à s'assurer que les résultats sont connus des équipes. L'utilisateur et sa famille au cœur des préoccupations sont observés tout au long de la visite. La formation est importante, bien choisie et cohérente, le seul élément manquant est la formation en situation de crise. Dans la même veine d'amélioration continue, la poursuite du développement de processus d'entente de collaboration formel avec les divers corps policiers du territoire est recommandée.

L'établissement est fortement encouragé à bonifier le travail en dyade avec ces policiers dans des activités de « reaching out ». L'intérêt pour le maintien et le développement de services de qualité a été clairement démontré, notamment par les processus d'audit et l'évaluation continue.

Pour les services d'Accueil, analyse, orientation et références (AAOR), l'évaluation des services par l'utilisation de clients mystères est à la fois audacieuse et très riche en termes de résultats. L'ergonomie des postes de travail a attiré l'attention. Un exercice d'évaluation serait à faire afin d'améliorer cette situation et du même coup protéger la santé des travailleurs. De plus, cela risque très probablement d'être perçu comme un intérêt et une marque de reconnaissance. L'éthique, bien que connue, demeure un peu mythique et loin des pratiques quotidiennes. La démocratisation de l'éthique serait un engagement gagnant et sécuritaire pour l'établissement.

Pour les services d'Info-Social et Info-Santé, le visiteur a été en mesure de rencontrer une organisation phare qui sert de modèle pour les autres services d'Info-Santé au Québec. Dirigée avec un leadership et une passion fougueuse, l'équipe est mobilisée, dévouée et investie. L'organisation du travail démontre un net intérêt pour la qualité des services et la qualité de vie au travail des prestataires de soins. L'expertise de l'utilisateur en fonction de lui-même est sentie et bien présente dans les interventions ainsi que l'approche du « no wrong door ». Si un enjeu se devait d'être mis en lumière, c'est probablement celui du multilinguisme. Bien que ce ne soit pas un obstacle majeur pour l'instant, le visiteur encourage l'établissement à poursuivre sa proactivité en s'intéressant à cette réalité émergente.

Un partenariat solide entre les équipes des services de consultation sociale ou psychologique de courte durée et les différents organismes communautaires et services municipaux permet d'offrir des services de proximité au moment opportun à la clientèle vulnérable. L'équipe possède la formation requise et des outils standardisés selon les meilleures pratiques pour bonifier l'offre de services et l'adapter à la population de desserte. Des indicateurs spécifiques permettent d'analyser les données selon des cibles dans un processus d'amélioration constante de la qualité. Le « Parcours qualifiant » mis en place par les gestionnaires des services de santé courants en introduisant la notion d'employés partenaires stimule les employés en les impliquant dans les projets du service. Le personnel d'encadrement est ouvert aux propositions pour l'autogestion des horaires. Le corollaire de cette démarche permet une meilleure conciliation travail-famille et un climat agréable.

Les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et les groupes de médecine de famille (GMF) visités sont axés sur les meilleures pratiques. L'accès avancé y est en implantation et doit être évalué. La concertation et la collaboration avec les ressources des urgences hospitalière pour une participation à la recherche de solutions liées à l'achalandage sont à renforcer. L'approvisionnement en médicaments doit être discuté et uniformisé tant pour les vaccins que pour les médicaments de base comme l'acétaminophène.

L'équipe attirée au volet psychosocial en contexte de sécurité civile est étroitement associée à celle des mesures d'urgences du CISSS et ses partenaires externes, tels que les municipalités, le service de police, etc. L'identification de stratégies afin de maintenir les volontaires prêts et compétents est à définir.

Santé physique

L'équipe démontre un leadership dynamique et excellente cogestion médicale. Elle a le souci de faire circuler les informations de façon transversale et aux équipes terrain. Ceci permet d'assurer une fluidité et une cohérence des messages ainsi que de recueillir le pouls du terrain.

Les visiteurs ont rencontré des équipes dynamiques et la préparation pour la visite est digne d'être soulignée. Plusieurs projets novateurs pour augmenter la fluidité hospitalière sont mis de l'avant et la définition de la fluidité promue par la haute direction sert de guide pour toute l'organisation. Une grande sensibilité face à l'expérience de l'utilisateur a été notée. Les diverses évaluations et mesures ont permis à l'établissement de s'ajuster selon les besoins des usagers. De plus, une stratégie organisationnelle impliquant des membres du comité de direction permet de déployer les moyens décisionnels à l'application des mécanismes mis en place.

Ce qui retient l'attention lors de la visite des unités d'urgence c'est l'effort des équipes pour accroître l'accessibilité et la pertinence des services offerts aux usagers. La qualité des soins et services est au centre des préoccupations. Des projets le démontrent comme celui de la planification précoce et conjointe du congé ; le projet Chronos ; la réorientation des usagers cliniquement réorientables (plus de 23 000 usagers réorientés dans la dernière année), les comités locaux d'amélioration de la qualité, le dossier informatisé présent à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) sont tous des éléments qui favorisent l'amélioration de la qualité, la sécurité, les services centrés sur l'utilisateur, la pertinence et l'efficacité. Ces projets contribuent certainement dans la poursuite d'une pratique visant l'excellence.

Le personnel des unités d'hospitalisation est engagé et centré sur les usagers. Les équipes sont compétentes et disposent de l'apport des infirmières de soutien clinique. Des projets d'amélioration continue, tel ERAS (Early recovery after surgery), démontrent l'engagement envers la qualité.

Au sein des services de soins critiques, on peut observer des équipes engagées et compétentes qui offrent des soins de qualité et sécuritaires. Des travaux dignes de mention ont été réalisés au cours des dernières années afin d'accroître la stabilité des équipes par la mise en place de diverses actions d'attraction et de rétention. Ce sont des équipes qui sont toujours à l'affût de nouvelles pistes d'amélioration innovantes et centrées sur les besoins de la clientèle.

Au niveau des services de pédiatrie, la pertinence et l'adéquation des services sont au cœur des préoccupations afin d'offrir des soins et services adaptés et pertinents qui répondent au niveau de soins requis par la population pédiatrique. Les liens avec les partenaires et les corridors de services sont bien établis.

L'équipe de néonatalogie est une équipe engagée pour qui la collaboration et le partenariat se traduisent à tous les niveaux, que ce soit au sein de l'équipe, avec les partenaires ou la clientèle. Climat et capacité d'adaptation de l'équipe remarquable qui permet la réalisation de plusieurs projets, et ce, même en période de pandémie.

L'équipe d'oncologie est très dynamique et leurs actions sont orientées vers le soin aux usagers. La pratique professionnelle est empreinte de proximité, de collaboration et de complicité dans une perspective de globalité pour la clientèle. Le programme de cancérologie est bien structuré et la gouvernance est bien définie pour le réseau de cancérologie de la Montérégie. L'offre de services est initiée dès le diagnostic et peut s'étendre jusqu'à la fin de vie. L'équipe connaît ses forces et ses opportunités d'amélioration. Elle s'est dotée d'un plan de travail pour répondre aux objectifs de la direction. Le service a maintenu ses activités tout au long de la pandémie et de belles stratégies ont émergé pour s'assurer de son plein fonctionnement. L'équipe peut compter sur la présence d'usagers partenaires pour les alimenter dans les discussions afin d'avoir la perspective usager. Les usagers sont très satisfaits des soins et services reçus par les différents professionnels dans un esprit d'humanisme et de personnalisation des soins.

L'équipe multidisciplinaire des soins palliatifs et de fin de vie est organisée et structurée. La devise de l'équipe est « le bon patient au bon endroit au bon moment ». Toutes les décisions thérapeutiques sont dictées par

l'utilisateur ou ses proches. De très bons partenariats sont présents pour assurer la fluidité de la clientèle. La trajectoire de soins débute par le repérage avec comme objectif l'orientation des services. L'équipe fait le suivi d'indicateurs et élabore des plans d'action au besoin. L'équipe est très sensibilisée à apporter du soutien, du confort et l'accompagnement aux usagers et à ses proches. L'aide médicale à mourir est bien structurée et respecte les souhaits de l'utilisateur et les enjeux éthiques. Le travail de partenariat se traduit entre autres par la conception de la trousse de deuil, qui se veut un guide précieux pour les proches.

Les équipes des services interventionnels et périchirurgicaux sont engagées et centrées sur les besoins des usagers. Plusieurs projets d'amélioration en cours notamment pour la prothèse totale du genou (PTG) et la prothèse totale de la hanche (PTH) déplacées vers la chirurgie d'un jour avec les partenaires et le projet de SMS (courrier électronique) très prisés par les usagers et les familles.

Dans les secteurs ambulatoires, le travail en équipe multidisciplinaire est visible et montre une belle coordination des équipes médicales et soignantes dans le trajet de soins des usagers et leurs familles. L'utilisateur partenaire est bien intégré dans les processus, les projets et la révision des plans de soins. Les services de soins ambulatoires de l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR) regroupent les services externes de consultation, de traitements, de suivi de maladies chroniques surtout en neurologie et en cardiologie et les plateaux techniques. L'équipe connaît très bien son offre de service, mais elle n'est pas documentée avec des critères d'admission. Il est proposé d'élaborer l'offre de service et de la diffuser auprès des partenaires. L'équipe a élargi ses heures de disponibilité pour la relance des usagers de l'urgence afin de rencontrer de 20 à 30 usagers par jour qui normalement auraient eu un suivi à l'urgence.

Malgré la situation difficile causée par la pandémie, les visiteurs ont pu observer la force de cohésion de l'équipe aux services d'imagerie. Une équipe dont la priorité est de répondre aux besoins de la clientèle. Le personnel est sérieux, dévoué et respectueux. L'équipe a du plaisir à travailler, et ce, avec un sentiment d'appartenance à leur organisation. Durant la dernière année, 25 technologues ont été embauchés.

Une politique organisationnelle est mise en place dans le but de répondre aux obligations légales quant aux services de dons d'organes (donneurs décédés). Différentes stratégies sont mises en œuvre pour offrir de l'information et de la formation à l'intention du personnel des deux établissements du CISSS : l'Hôpital Charles-Le Moyne et l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.129 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services 1.3.7
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.100 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.104
<p>Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.37

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 - Santé physique - 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.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

Le processus prioritaire Excellence des services - Santé physique au CISSS de la Montérégie-Centre comprend deux pôles, soit l'Hôpital Charles-Le Moyne et l'Hôpital du Haut-Richelieu et englobe l'ensemble des services hospitaliers offerts.

Plusieurs instances de la haute direction et des instances transversales assurent une fluidité et une coordination dans les décisions et les suivis. Également, la fluidité verticale dans les différents niveaux hiérarchiques du CISSS est assurée par des mécanismes de communication qui facilitent la circulation de l'information aux équipes terrain. À l'inverse, l'information circule également de façon verticale vers la haute direction par des mécanismes similaires.

L'intégration des deux milieux hospitaliers a été facilitée par une grande stabilité dans les directeurs, ce qui a facilité l'arrimage des pratiques des deux et également permis de maintenir leurs identités propres. Également, la cogestion entre les gestionnaires et les leaders médicaux est excellente et constitue un levier fort intéressant pour faciliter cette intégration.

Il a également été noté une grande intégration des équipes médicales à la circulation d'information et à la participation aux orientations et aux décisions de leurs secteurs. Le leadership médical a été souligné dans la transmission des directives et le soutien pendant la pandémie. Une facilité dans l'intégration des services est aussi notée; on observe la présence d'un gestionnaire qui couvre les deux hôpitaux tout en maintenant un gestionnaire de proximité. Ceci assure une coordination des services et la possibilité

d'harmoniser les outils cliniques, même si les services peuvent différer et que certaines activités peuvent être dans certains cas concentrées sur un seul des sites.

Plusieurs partenaires externes collaborent aux différents services offerts en milieu hospitalier, ce qui assure des liens avec la communauté, les autres CISSS de la région et des organisations provinciales, ce qui correspond aux trois niveaux de services qu'offre le CISSS.

La participation des usagers et des familles est omniprésente dans les nombreux projets de l'établissement en collaboration avec le comité des usagers qui facilite le recrutement des participants. Plusieurs autres mécanismes sont utilisés pour recueillir les avis et permettre aux usagers et à leurs familles de participer, comme les sondages, la participation des usagers partenaires. Le recueil d'informations au chevet des usagers sur leur perception des services est à souligner. Ceci permet de constater les déficiences dans l'environnement physique non sécuritaire et restreint, empêchant, par exemple, les visites des familles.

Comme bon coup à venir à court terme, le CISSS est particulièrement fier d'être reconnu pour ses activités d'enseignement et d'avoir été désigné centre affilié universitaire avec l'université de Sherbrooke. Il accueille des étudiants en médecine, en externat et en résidence. Le soutien quasi unanime de la part de la communauté du CISSS a été mentionné aux visiteurs. Les autres professionnels espèrent également profiter de cet engouement pour intégrer également davantage de stagiaires dans le milieu.

Un des éléments critiques pour la réussite de cette initiative est l'espace qui sera nécessaire afin de répondre adéquatement à la mission d'enseignement. Un autre grand défi est la pénurie de main-d'œuvre qui touche la grande majorité des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la province. La pandémie et la reprise graduelle des activités aussi sont un enjeu avec l'épuisement des ressources et l'accroissement des listes d'attente. Toutefois, au sein des équipes en santé physique, des professionnels énergiques et dévoués aux usagers ont été observés. D'autre part, il est clair que plusieurs secteurs sont de plus en plus en demande et l'augmentation de volume d'activité liée à la croissance démographique du territoire qui est énorme sera à surveiller afin de bien anticiper les besoins futurs de la population du territoire. La vétusté de certains secteurs a aussi été soulevée et l'établissement devra porter une attention aux nombreux projets en cours afin de bien les amener à bon port.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.90 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 - Services des urgences	

Ce qui retient l'attention lors de la visite des unités d'urgence, c'est l'effort des équipes pour accroître l'accessibilité et la pertinence des services offerts aux usagers.

La collaboration interprofessionnelle et l'entraide sont omniprésentes. Les soins et les services sont offerts par des équipes de soins, de professionnels et de médecins dévouées et engagées. La gestion de proximité et la qualité de la collaboration entre les gestionnaires, les médecins et les cliniciennes sont à souligner. La collaboration interprofessionnelle est omniprésente et la cogestion médicale est forte.

Le climat de travail semble très agréable malgré les contraintes liées à l'achalandage, la fatigue et le manque de ressources.

Des analyses de trajectoires de soins sont réalisées dans le but d'améliorer la fluidité et le suivi des processus sécuritaires est fait et diffusé de façon uniforme dans les deux services d'urgence.

La qualité des soins et services est au centre des préoccupations. Les projets mis en place le démontrent: la planification précoce et conjointe du congé qui s'assure que le congé de l'utilisateur est organisé dès son admission au Service d'urgence; le projet Chronos qui vise à atteindre l'excellence en matière de réponse aux usagers victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC); la réorientation des usagers cliniquement réorientables (plus de 23 000 usagers réorientés dans la dernière année), les comités locaux d'amélioration de la qualité, le dossier informatisé présent à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) sont tous des éléments qui favorisent l'amélioration de la qualité, la sécurité, les services centrés sur l'utilisateur, la

pertinence et l'efficacité. Ces projets contribuent certainement dans la poursuite d'une pratique visant l'excellence.

Plusieurs informations sont accessibles par intranet. Toutefois, l'accès rapide en temps opportun à ces informations semble un défi.

Les deux services d'urgence sont nouvellement installés dans de nouveaux locaux. Ceux-ci sont spacieux, sécuritaires et fonctionnels pour recevoir les différentes clientèles. Toutefois, les espaces de travail pour la multitude de professionnels et médecins restent un défi à l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR).

Dans l'ensemble des urgences, la prise en charge des usagers est rapide et l'échelle de triage est utilisée pour la priorisation des cas. Le partenariat avec les cliniques médicales pour les usagers cliniquement réorientables est à souligner.

La gestion des lits est quotidienne et l'arrimage avec le volet soins à domicile est présent pour l'orientation et la prise en charge.

De plus en plus, l'équipe fait face à une population vieillissante avec des problèmes cognitifs, ce qui augmente le défi de gestion des lits. Une approche multidisciplinaire est prônée pour trouver des solutions aux problématiques de cette clientèle.

L'équipe est sensibilisée aux dons d'organes et de tissus et le plateau technique nécessaire au prélèvement est disponible à l'Hôpital Charles-Le Moyne. Pour l'Hôpital du Haut-Richelieu, tous les donneurs potentiels sont préparés et transférés dans les centres tertiaires pour finaliser le don. Des liens avec Transplant Québec sont faits et ceux-ci prennent en charge la procédure en accompagnement avec les équipes de travail.

De très bons partenariats existent avec les centres tertiaires et une grande collaboration est présente avec les services d'urgence santé, les services policiers et les divers partenaires communautaires.

De nombreux projets novateurs sont en cours et à venir et ils visent de hauts standards de qualité. Toutefois, l'établissement est invité à harmoniser le déploiement du dossier informatisé dans les deux services d'urgence, et aussi améliorer la signalisation dans l'hôpital. Il est également suggéré d'avoir un système informatique pour la saisie des rapports d'accident incident directement sur les unités de soins.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
<p>3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.61.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>3.1.61.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Le processus prioritaire des unités d'hospitalisation couvre trois unités de soins qui ont reçu la visite d'un membre de l'équipe de visiteurs : l'unité de médecine 7 nord, l'unité d'hémo-oncologie et l'unité de chirurgie 3 sud.

Unité de médecine 7 Nord

Ce qui retient l'attention lors de la visite de cette équipe, c'est l'effort concentré sur l'accessibilité et la pertinence des services offerts aux usagers. La grande fierté exprimée par l'équipe est de garder l'accent sur la qualité des soins et services malgré la pandémie.

Le projet « Courtière de service » est un projet novateur digne de mention. Il est né durant la pandémie en réponse aux diverses réductions des services à la population et ce service sera maintenu après la crise sanitaire, car il a répondu directement aux besoins de la population.

La collaboration interprofessionnelle et l'entraide sont omniprésentes. Les soins et services sont offerts par des équipes de soins dévouées et engagées.

Les usagers questionnés mentionnent recevoir des soins et des services de qualité et sécuritaires. Ils font confiance aux professionnels des secteurs visités.

L'établissement est toutefois encouragé à assurer la sécurité des usagers par la mise à niveau du chariot des médicaments et à assurer la disponibilité des locaux et du matériel adapté aux besoins des usagers.

Unité d'hémo-oncologie

L'équipe est dynamique, agile pour répondre aux besoins de la clientèle. Une grande complicité existe entre les intervenants, axée sur l'humanisme et le soin aux usagers. L'équipe est très à l'affût des changements dans la littérature et des données probantes permettant d'offrir les meilleurs soins aux usagers et assurer leur sécurité.

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes. La mise en place d'infirmières cliniciennes en soutien aux équipes cliniques est une plus-value pour s'assurer du transfert des connaissances et des informations, du suivi du personnel, de la formation ponctuelle et de faire des audits de qualité.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est bien complété tant à l'admission qu'au départ. La disponibilité du pharmacien sur place est très pertinente afin que les prescriptions de chimiothérapie soient complétées et validées. Il est noté sur la feuille d'administration des médicaments que le BCM a été réalisé. Cette pratique devrait être étendue à l'ensemble des partenaires du réseau.

La satisfaction de la clientèle est très élevée. Les usagers rencontrés affirment que le côté humain des intervenants est une grande préoccupation pour le personnel. Cette préoccupation s'est traduite par un prix d'humanisation des soins en 2020.

La circulation pour se rendre au département Ado psychiatrie et surtout à la salle pour les activités du côté hémo-oncologie est un enjeu au niveau de la sécurité des patients d'hématologie. Il est suggéré de trouver une alternative surtout pour l'accès à la salle d'activités.

Les déchets cytotoxiques sont bien entreposés et disposés au bon endroit. Il est suggéré que la trousse de déversement soit scellée pour s'assurer de sa conformité.

Unité de chirurgie – 3 Sud

L'unité accueille les cas d'hospitalisation de chirurgie en chirurgie générale, chirurgie vasculaire et thoracique, urologie et oto-rhino-laryngologie (ORL). L'unité comprend 48 lits avec une majorité des

chambres de 2 lits. La présence d'une infirmière au soutien clinique est très appréciée du personnel de l'unité. L'équipe se prépare à implanter le programme ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) afin d'améliorer les soins post-chirurgicaux. Cette initiative met de l'avant les meilleures pratiques de rétablissement post-intervention rapide. Cette approche comprend également un suivi systématique des processus par une collecte de données exhaustives qui permettra à l'équipe de faire un véritable processus d'amélioration continue de la qualité des soins aux usagers.

Les processus cliniques sont très bien établis et exécutés par le personnel clinique de l'unité. Les différentes étapes sont très bien documentées au dossier de l'utilisateur et le personnel de l'ensemble de l'équipe est très centré sur les usagers. On y note un excellent esprit d'équipe et un leadership de proximité à l'écoute qui intervient pour ajuster les problématiques au fur et à mesure qu'elles sont soulevées.

L'équipe est invitée à examiner certaines pistes d'amélioration qui permettraient de rendre un peu plus sécuritaire le séjour des usagers sur l'unité. Une première serait de trouver une solution à l'encombrement dans les corridors. Également, il y aurait lieu de regarder la possibilité de rehausser le matériel roulant, notamment les appareils mobiles à signes vitaux qui sont actuellement transportés d'une chambre à l'autre, ce qui est un risque de propagation d'infection. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est complété, cependant, il a été constaté qu'il est complété sur des formulaires différents selon les différentes étapes de la trajectoire de l'utilisateur. Il est suggéré aux équipes de regarder à adopter un seul formulaire qui permettrait de diminuer la double saisie et la transposition d'informations sur différents formulaires.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 4 - Services de soins critiques

Services de soins critiques (Hôpital Charles-Le Moyne)

Il s'agit d'une unité de 16 lits gérée par une équipe multidisciplinaire. L'établissement est désigné Centre affilié universitaire avec l'Université de Sherbrooke; deux résidents font partie de l'équipe des 6 intensivistes et ils assurent une présence médicale constante.

Bien que le coordonnateur et l'infirmière-chef de l'unité soient deux jeunes gestionnaires nouvellement arrivés dans le service, leur dynamisme et leur dévouement pour améliorer les indicateurs de performance méritent d'être soulignés. En effet, le taux de dotation des postes infirmiers est passé de 74 % à 82 % et le taux de satisfaction des employés de 67,7 % à 80 %. Parmi les stratégies de rétention, il convient de mentionner : le propre canevas d'horaire proposé par les infirmières, le soutien à la pratique par les conseillères de la Direction des soins infirmiers et la conciliation famille-travail.

La vétusté des locaux rend l'unité non conforme aux règles de la prévention et du contrôle des infections. Toutefois, l'annonce des travaux de rénovation qui débiteront dès le mois prochain a été accueillie avec beaucoup d'enthousiasme par l'équipe.

Services de soins critiques (Hôpital du Haut-Richelieu)

Depuis 2017, l'aménagement de l'unité de soins intensifs de l'Hôpital du Haut-Richelieu dans de nouveaux locaux permet d'offrir des soins à la fine pointe des technologies et répond aux normes de prévention et contrôle des infections.

L'ambiance et le climat de travail sont exceptionnels. Tous sont impliqués et heureux de venir travailler. Un plan d'action complet a été mis en place afin de favoriser l'attraction et la rétention de membres de l'équipe, et ce, tout en développant leurs expertises et une organisation de travail optimal. Ces actions ont permis de pourvoir l'ensemble des postes disponibles et de diminuer le taux d'absentéisme de 16 à 3 %.

L'expertise des divers membres de l'équipe est développée et maintenue grâce au déploiement de plusieurs stratégies de formation et d'accompagnement.

Une équipe interdisciplinaire gravite autour de l'utilisateur afin de répondre à l'ensemble de ses besoins. Un sondage sur l'expérience de la clientèle est déployé et des rencontres sporadiques sont réalisées afin de connaître le vécu et les besoins de ces derniers.

L'ensemble des pratiques organisationnelles requises sont conformes. Plusieurs observations des pratiques sont réalisées afin d'offrir des soins sécuritaires et selon les plus hauts standards. Il y a une culture de mesure et d'amélioration bien implantée.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
<p>5.1.35 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>5.1.35.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services de néonatalogie

L'équipe de l'unité de néonatalogie est intégrée à l'unité mère-enfant ainsi que la pédiatrie. Le visiteur a rencontré une équipe dynamique, engagée et versatile qui démontre une grande capacité d'adaptation.

On observe un bon climat de travail au sein de l'équipe. Suite à l'instauration d'une approche d'autogestion des horaires par l'équipe, il y a une diminution notable du nombre d'heures supplémentaires obligatoire de l'ordre de 83 %.

Dans un souci d'accroître l'offre de service ainsi que des soins de proximité, l'équipe de la néonatalogie a fait l'acquisition d'un Bubble CPAP. L'acquisition de cette technologie au sein du service a permis d'offrir des soins moins invasifs, sécuritaires et de qualité tout en évitant des transferts en milieux tertiaires. Les corridors de services en milieux tertiaires sont bien établis.

Prévu en 2023, le projet de construction d'un nouveau Centre mère-enfant va permettre plusieurs améliorations notamment concernant la confidentialité ainsi que l'exiguïté des espaces. Ce centre sera à la fine pointe de la technologie et répondra aux normes de prévention des infections. L'équipe est invitée à inclure des usagers partenaires dans la réalisation de ce projet.

L'équipe est encouragée à utiliser une échelle d'évaluation du risque de plaies de pression standardisée et adaptée à la néonatalogie.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
<p>6.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>6.1.37.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>6.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 6 - Services de pédiatrie**

Le visiteur a rencontré deux équipes dynamiques et engagées envers les enfants et leur famille. L'implication médicale est remarquable au sein des deux sites. Le travail en cogestion est omniprésent et digne de mention.

Les deux équipes travaillent conjointement dans le développement des pratiques. Elles effectuent des rencontres conjointes de co-construction, ce qui permet l'uniformisation des pratiques entre les deux centres.

Tous ont à cœur de répondre à l'ensemble des besoins des enfants de la région en temps opportun et en adaptant les soins et services. Dans un souci d'amélioration de l'accessibilité et de la fluidité des soins et services, une offre de services par centre de jour a été instaurée en 2021 à l'Hôpital Charles-Le Moyne et en 2018 à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Ceci a permis de consolider l'offre de service afin de répondre aux besoins émergents ainsi qu'être en adéquation avec le niveau de soins requis.

Des corridors de services avec les centres de soins tertiaires sont bien établis, de même qu'avec les partenaires de la communauté.

Il règne un beau climat de travail au sein des équipes où tous semblent heureux.

Les équipes développent et actualisent une culture d'apprenant afin d'accroître les connaissances, compétences et expertises de chacun. Cela se traduit par de la formation active offerte par et pour l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Les équipes sont invitées à poursuivre la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments (BCM) pédiatrique selon les règles établies par l'établissement afin de s'assurer de la mise en place complète du processus.

Les équipes sont encouragées à utiliser une échelle d'évaluation standardisée et adaptée à la pédiatrie pour l'évaluation du risque de plaies de pression.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
<p>7.1.100 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>7.1.100.1 Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.</p> <p>7.1.100.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.</p> <p>7.1.100.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>7.1.129 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>7.1.129.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>7.1.129.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	
<p>7.1.129.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	

- 7.1.130 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Services d'oncologie

Le Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) fait partie intégrante du CISSS de la Montérégie-Centre et offre une gamme de soins et services en cancérologie dans les installations de l'Hôpital Charles-Le Moyne et de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Les principales activités visent la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement complexe en hématologie-oncologie, en radiothérapie et en chirurgie, la recherche clinique et le soutien en soins palliatifs de fin de vie.

L'équipe interdisciplinaire est composée d'intervenants de différents domaines. Ils mentionnent avoir une culture interdisciplinaire dans un esprit de convivialité. Cette culture s'inspire du vécu de l'utilisateur qui fait « bouger le mobile » dans une perspective de globalité. Ces intervenants travaillent en étroite collaboration ensemble et mettent à contribution leur expertise en oncologie afin d'offrir des services de grande qualité, continus et efficaces. La présence d'infirmières-pivots favorise la prise en charge, le suivi de la clientèle et est surtout une personne de référence pour les usagers. Ces équipes soutiennent la Direction générale de cancérologie (DGC) dans le transfert des connaissances, l'évolution des pratiques et l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique basée sur les données probantes.

Différents comités de gestion et clinique sont en place pour avoir une orientation harmonieuse des enjeux et opportunités de l'équipe. La cogestion médicale et administrative est très présente. Des plans d'action émergent dans une optique d'amélioration. Pour l'équipe, il n'y a pas de problèmes, il n'y a que des solutions, car l'équipe est très agile. Parmi les comités, notons le comité trajectoire qui s'assure du respect des délais d'accès afin d'éviter une visite à l'urgence.

L'équipe a respecté son offre de services pendant les différentes vagues de la pandémie. Des mécanismes sécuritaires ont été appliqués afin de respecter les consignes sanitaires et d'offrir des services optimaux en oncologie. Un prétriage téléphonique et un triage à l'accueil permettent de s'assurer d'offrir des soins sécuritaires.

Un outil de dépistage des symptômes est complété dès l'arrivée afin de bien connaître le profil et le vécu de l'utilisateur. Quelques questions portent sur les facteurs de risque, dont les chutes. Cependant, il n'y a pas de grille complétée lorsque le risque est identifié. Une attention particulière devrait être apportée sur la présence de dossiers dans les corridors afin de préserver la confidentialité. Les salles de traitement sont à aire ouverte, ce qui peut occasionner des risques de bris de confidentialité.

L'équipe a une culture des déclarations des incidents-accidents. Des suivis sont faits avec le personnel et dans certains cas, on consulte les usagers partenaires pour avoir leur opinion sur les pistes d'amélioration.

Le projet Force sur la trajectoire chirurgicale pulmonaire, qui est une désignation régionale, est un autre exemple de partenariat interdirection et de l'implication des usagers partenaires dans les discussions.

L'équipe mise sur la présence des usagers partenaires pour les alimenter dans leur réflexion et pour des pistes d'amélioration soit par la révision de documents, la présence à différents comités.

Le programme de radio-oncologie est bien structuré. Différents contrôles de qualité sont effectués pour s'assurer du respect des normes nationales et internationales. Différents filets de sécurité sont en place. L'équipe est bien soudée et un travail de collaboration est très présent entre les différents intervenants. L'équipe peut compter sur la présence des professionnels spécialisés pour répondre aux besoins de la clientèle. Le plan de traitement est personnalisé et une minutie est primordiale pour assurer que l'utilisateur reçoive le bon traitement. Des critères de priorisation sont établis pour offrir le traitement dans des délais prescrits par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) selon les types de cancer. Le programme de radio-oncologie est en élaboration. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts afin de le finaliser. Il existe beaucoup de filets de sécurité pour s'assurer d'une bonne pratique afin d'éviter les risques de radiation par la mise en place de procédures, d'ajustements de la compagnie et de contrôles de qualité.

Le comité d'accès et trajectoires en cancérologie assure le rôle de vigie pour que les ententes de gestion du MSSS soient respectées. Au besoin, des actions sont priorisées pour répondre aux besoins de la clientèle dans les délais prescrits.

L'équipe fait face à un défi pour le changement des appareils de radio-oncologie. Le rehaussement des appareils en radio-oncologie est en mode planification. De plus, le manque de main-d'œuvre occasionne des enjeux importants pour répondre aux besoins de la clientèle. L'équipe fait de preuve de créativité pour revoir son organisation de services. Les locaux sont spacieux et respectent les normes recommandées.

L'équipe fait de la recherche clinique sur approbation du comité d'éthique de recherche clinique. Les usagers consultés sont très satisfaits des services reçus autant en radio-oncologie qu'en chimiothérapie. Ceux-ci apprécient le dévouement et le côté humain qui émanent des rencontres lors de leurs traitements. Les moyens d'information sont variés et répondent aux besoins des usagers. Il faut noter les deux vidéos disponibles pour la chimiothérapie et la radiothérapie.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
<p>8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>8.1.59.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>8.1.59.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	
<p>8.1.60 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	

Les membres de l'équipe des soins palliatifs sont peu nombreux, mais peuvent compter sur la présence de professionnels expérimentés et collaborateurs. Le travail en interdisciplinarité est très présent et les membres de l'équipe font preuve d'un grand humanisme et d'un dévouement pour la clientèle en « fin de parcours ». Une grande complicité interprofessionnelle est observée afin d'assurer un confort et un bien-être optimal à la clientèle.

La philosophie de gestion est basée sur le cadre de référence de Mc Gill qui est axé sur la participation de l'utilisateur ou de sa famille à la prise de décision. Différents principes permettent d'assurer des soins sécuritaires et personnalisés. Ces principes sont la formation du personnel, la continuité des soins et la

collaboration interprofessionnelle. L'utilisateur ou sa famille fait partie prenante des décisions et l'équipe s'assure de respecter leurs choix de traitement. L'équipe vise à ce que l'utilisateur en fin de vie soit au bon endroit au bon moment. Leurs partenaires externes sont des acteurs clés pour la prise en charge de cette clientèle vulnérable. L'équipe travaille à harmoniser les demandes d'admission pour les ressources palliatives en Montérégie.

Les pratiques organisationnelles requises sont conformes. L'équipe évalue les facteurs de risque pour offrir des soins de qualité. La présence d'une infirmière clinicienne en soutien à la pratique permet un suivi quotidien des pratiques cliniques et favorise la formation ponctuelle et les audits de qualité.

L'équipe a une culture de déclaration des accidents et incidents et un suivi personnalisé des rapports AH-223 est effectué.

L'équipe fait également le suivi de ses indicateurs et apporte des correctifs ou propose des solutions pour améliorer la situation. La planification des séjours en soins palliatifs fait l'objet d'un suivi serré par l'assistante infirmière-chef. Son outil de travail « Gestion des séjours » permet d'avoir une vue rapide de la situation sur l'unité de soins.

L'aide médicale à mourir est bien structurée et l'accompagnement est offert à la famille et à l'utilisateur tout au long du processus. Un gros coup de cœur pour la trousse de deuil faite par l'équipe en collaboration avec les proches d'un défunt. Ce petit dépliant aux couleurs d'espoir guide les proches pour la suite des démarches après le décès.

Une autre réalisation digne de mention est l'utilisation du code QR pour accéder à des documents de formation. Belle initiative qui mérite d'être partagée. L'équipe est en nomination pour le prix d'enseignement.

Différents moyens sont mis en place pour assurer la pérennité du service, dont les séances de formation, les rencontres interdisciplinaires, etc. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts dans un objectif d'amélioration continue de la qualité.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	
9.1.104 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 9.1.104.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	

Le processus prioritaire des services interventionnels et périopératoires couvre les secteurs suivants : le bloc opératoire et l'hémodynamie à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), la chirurgie d'un jour et l'endoscopie dans les deux sites hospitaliers.

Les services incluent 11 spécialités chirurgicales. Le leadership fonctionne en cogestion avec l'administration clinique et les médecins. Cette cogestion est remarquable avec une synergie tournée vers les solutions et les améliorations. Les deux sites hospitaliers fonctionnent en complémentarité et la collaboration entre les deux est à souligner. Toutes les décisions sont fondées sur les besoins des usagers et des familles, ce qui est également remarquable. Les leaders médicaux ont bien compris le rôle clé qu'ils jouent dans le recrutement et la rétention du personnel.

L'équipe a intégré des usagers partenaires dans les comités interdisciplinaires pour avoir leur apport dans les différentes initiatives et projets et ces derniers sont impliqués dans l'élaboration des trajectoires chirurgicales.

La clinique de préadmission est active sur les 2 sites hospitaliers avec 50-60 patients vus par jour. La clinique est soutenue par 3 à 6 consultants selon les besoins des patients et le type d'intervention.

Le bloc opératoire comprend 18 salles d'opération, 11 à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) et 7 à l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR). Il y a en tout 24 espaces civières en salle de réveil, partagés également sur les deux sites. Le bloc opératoire du HCLM est ouvert 24/7 tandis que celui de HHR est disponible 24/7 avec une équipe de garde la nuit.

Plusieurs projets d'amélioration sont en cours d'implantation ou ont été mis en place récemment. Parmi les projets en cours d'implantation, il y a le projet PTG/PTH en chirurgie d'un jour avec un centre médical spécialisé (CMS) partenaire. Ce projet permet un retour à domicile de l'utilisateur le jour de l'intervention et rationalise l'utilisation d'un lit d'hospitalisation. L'équipe est encouragée à poursuivre l'expérience et à permettre à l'ensemble du réseau de bénéficier de l'expertise qui sera développée.

Un autre projet qui est très apprécié des usagers et des familles est le projet SMS qui permet aux proches d'un usager d'être informés de la progression de la chirurgie de l'utilisateur lorsqu'une adresse courriel ou un numéro de téléphone est fourni. Les usagers rencontrés ont souligné leur grande satisfaction ainsi que celle de leurs proches par cette initiative qui, en temps de pandémie, a permis de diminuer grandement l'anxiété des familles souvent incapables d'être sur place.

Enfin, plusieurs bons coups sont à souligner, mais parmi ceux-ci, il faut souligner le développement du laser en neurochirurgie pour la clientèle atteinte d'un cancer du cerveau ou d'épilepsie, dont le résultat a été un franc succès.

Les équipes de chirurgie d'un jour sont capables de recevoir de grands volumes et sont soutenues grâce au partenariat avec un centre médical spécialisé (CMS) de la région. La collaboration entre le CISSS et le CMS est excellente; des représentants du CMS sont intégrés dans le comité opérationnel ce qui permet une fluidité entre les deux organisations.

Le service d'endoscopie est distribué également entre les 2 sites hospitaliers qui se partagent un total de 6 salles d'endoscopie en plus des salles spécialisées qui offrent des services en urologie, gynécologie, d'interventions d'E-BUS, de CPRE, de Poem, de manométrie et PH métrie, soit en endoscopie ou dans des secteurs spécialisés capables de soutenir ce genre d'intervention (radiologie ou bloc opératoire). Il y a également 1 salle d'endoscopie qui est délocalisée chez le CMS partenaire.

En ce qui a trait aux ressources humaines, ce service bénéficie d'une sur structure de poste, ce qui empêche les bris de services qui pourraient nuire grandement à l'accessibilité de la population.

Plusieurs projets d'amélioration continue sont en cours ou ont été effectués. L'adaptabilité des plages horaires, l'entente avec le CMS, la prise de rendez-vous en surplus, la confirmation des rendez-vous, entre

autres, ont affecté positivement la liste d'attente.

Les deux sites comportent de grandes différences dans les environnements physiques. Le site de HCLM est vétuste et doit déménager en septembre 2022 dans de nouveaux locaux qui aideront grandement à éliminer la contamination croisée, la proximité des usagers dans les salles de préparation et de post-intervention ainsi que des salles d'attente très petites, un corridor étroit avec une grande circulation de civières, de fauteuils roulants, de personnel et d'usagers.

Le service d'hémodynamie comporte 1 salle qui dessert le territoire du CISSS ainsi que Cowansville et Ormstown pour des cas d'identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde. Le service offre des interventions d'installation de stimulateur cardiaque, de coronarographie et angioplastie. Le service offre des services sur une plage de 12 heures en semaine avec des plages réservées pour les stimulateurs cardiaques tôt le matin, suivi des coronographes et angioplasties le reste de la journée. Il y a un service de garde le soir, la nuit et la fin de semaine. Le service comporte 5 alcôves pré/post intervention, dont 1 cubicule fermé pour des cas demandant l'isolation.

Le service participe au projet IAMEST de l'INESSS qui permet des améliorations continues. La pression sur le service avec la pression démographique du territoire est grandissante et l'organisme devra examiner étroitement la capacité de la salle dans les années à venir. Avec cette pression, les espaces de rangement qui doivent accueillir de plus en plus de fournitures spécialisées devront également être revus, car les espaces existants sont utilisés au maximum.

Malgré ces enjeux, le service a réussi des bons coups notamment d'avoir un taux de roulement des ressources humaines très faible, d'offrir au personnel une formation continue mensuelle pour maintenir les connaissances à jour dans un secteur en constante évolution et d'avoir un travail d'équipe collaboratif et des activités de reconnaissance du personnel régulier.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
<p>10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>10.1.29.4 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.</p> <p>10.1.29.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
<p>10.1.30 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.</p>	
<p>10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	

10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

10.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Les services de soins ambulatoires visités incluent les secteurs suivants : le Centre externe de néphrologie Saint-Lambert, l'Hôpital Charles-Le Moyne (siège social) et l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR). Ces secteurs sont composés d'équipes dynamiques, respectueuses de la clientèle et qui conservent le souci d'offrir un milieu accueillant et de confiance pour les usagers. Les gestionnaires soutiennent les équipes de travail et valorisent les initiatives. L'amélioration continue de la trajectoire de l'utilisateur et de l'accès à des soins spécialisés est pour l'équipe de gestion une priorité.

Il faut saluer le partenariat avec le service de soins ambulatoires pour son efficacité et son travail collaboratif afin de faciliter le cheminement de l'utilisateur.

Le travail en équipe multidisciplinaire est visible et montre une belle coordination des équipes médicales et soignantes dans le trajet de soins des usagers et leurs familles. L'utilisateur partenaire est bien intégré dans les processus, les projets et la révision des plans de soins. Le travail en partenariat avec l'utilisateur et sa famille est mis en avant, des actions de formation sont régulièrement proposées par le personnel suivant les besoins de chacun afin de les accompagner dans le processus de soins, mais aussi pour soutenir leur retour au domicile. L'historique de la prise en charge de l'utilisateur dès son arrivée, tout au long de son séjour et au congé est expliqué et mis en œuvre de manière uniforme, quel que soit le soignant sollicité.

Lors du renouvellement du parc de fauteuils pour le site externe Taschereau, la chef de service est allée

chercher l'implication de plusieurs usagers partenaires dans le but de répondre à leurs besoins en matière de confort et de sécurité.

Il y a lieu de féliciter le secteur de la néphrologie pour le projet de « Dialyse péritonéale assistée » qui a été réalisé en 2018 et déposé pour un prix de reconnaissance à l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec.

Selon les personnes rencontrées, le service de néphrologie est en pénurie de personnel, il existe un haut taux d'heures supplémentaires, et il y a lieu de porter une attention particulière pour ne pas épuiser le personnel en place actuellement. Le personnel est heureux de travailler pour le secteur de néphrologie, un personnel souriant et dévoué.

L'équipement bénéficie d'un entretien préventif, et l'équipement d'urgence est présent et vérifié. Un registre des entretiens préventifs est en place.

Pour le site de Charles-Le Moyne, il a été observé une grande accessibilité, des trajectoires qui sont claires pour la clientèle, des réponses rapides aux besoins des usagers et une communication en continu. Les usagers sont impliqués dans les orientations des services avec des commentaires donnés aux intervenants.

Il y a une progression des développements de programmes malgré la pandémie pour répondre aux besoins de la population. À titre d'exemple, la collaboration avec d'autres secteurs pour aider à la diminution des listes d'attente (ex.: hystérosopies faites par les infirmières de la médecine de jour).

Le consentement est obtenu pour tous les interventions et examens diagnostiques. Toutefois, le consentement général aux soins ne semble pas présent dans tous les dossiers.

Ils sont aussi encouragés à standardiser leur processus de communication aux points de transition des soins.

Les usagers rencontrés ont fait part de leur satisfaction et de leur confiance en l'équipe des soins ambulatoires visitée.

L'équipe distribue et récolte des enquêtes de satisfaction. Les commentaires négatifs sont identifiés pour y

remédier ponctuellement. L'équipe est invitée à définir des objectifs d'efficacité sur la base, entre autres, des attentes des usagers en termes de satisfaction, de la sécurité des soins et de l'efficacité clinique et de la matrice des compétences. La consultation des lignes directrices et des données probantes constitue une ressource non négligeable pour envisager la prestation de soins ambulatoires et soutenir les activités d'amélioration continue.

Les services de soins ambulatoires du HHR regroupent les services externes de consultation, de traitement, de suivi de maladies chroniques surtout en neurologie et en cardiologie et de plateaux techniques. L'équipe connaît très bien son offre de service, mais celle-ci n'est pas documentée avec des critères d'admission. Il est proposé d'élaborer son offre de service et de la diffuser auprès de ses partenaires. L'équipe a élargi ses heures de disponibilité pour la relance des patients de l'urgence afin de rencontrer de 20 à 30 patients par jour qui normalement auraient eu un suivi à l'urgence. Des plages horaires sont disponibles pour répondre aux urgences dans un souci de désengorger l'urgence et de répondre aux besoins de l'utilisateur. Des travaux sont en cours pour améliorer le secteur en locaux.

Le suivi des plaies est un volet important de la clinique ambulatoire. Il est suggéré de revoir les rôles et les responsabilités des infirmières en soins de plaies pour maximiser le plein potentiel de leurs champs d'expertise. L'utilisation de photos numériques pour le suivi des plaies est un bon outil. Les photos sont versées au dossier avec le nom et le numéro de dossier. Dans la salle de traitement, la présence des dossiers au chevet de l'utilisateur est surprenante dans un contexte de pandémie. Il est suggéré de revoir cette pratique avec la prévention et le contrôle des infections afin de s'assurer du respect des bonnes pratiques et par ricochet du respect de la confidentialité.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée	
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire		
11.1.2	Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
11.1.8	L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des usagers sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
11.1.22	La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des usagers avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
11.1.26	La zone réservée aux services aux usagers est accessible pour les usagers qui utilisent des aides à la mobilité telles que des fauteuils roulants, des marchettes et des béquilles.	!
11.1.38	Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'utilisateur pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.98	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire		

Malgré la situation difficile causée par la pandémie, il a été possible d'observer la force de cohésion de l'équipe dont la priorité est de répondre aux besoins de la clientèle. Une équipe ayant un plaisir de travailler, dédié, dévoué avec un sentiment d'appartenance à son organisation.

Les services ont effectué un travail significatif et structurant d'harmonisation des méthodes et procédures sur les sites. L'équipe s'est investie dans la documentation rigoureuse et l'adoption de ces changements tant pour les acquisitions, les incidents et la démarche d'accueil des usagers.

Les services sont axés sur l'atteinte des hauts standards de qualité ainsi que la préoccupation de répondre aux besoins de la clientèle. L'approche préconisée ressemble aux modèles de collaboration interprofessionnelle impliquant des médecins et tout le personnel de l'imagerie médicale et de médecine nucléaire. La cogestion administrative et médicale est basée sur un partenariat et des objectifs communs. Ces équipes de gestion et médicales sont impliquées à tous les niveaux de l'organisation dans l'amélioration de la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et services et l'atteinte des résultats organisationnels.

Il existe une belle collaboration avec le personnel et les médecins de l'urgence, des GMF et des cliniques médicales avoisinantes pour le cheminement des usagers. Il y a de l'entraide entre les établissements et les équipes de travail. Récemment, il y a eu fermeture de l'IRM au site de l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR), et pour répondre aux demandes de la clientèle, les chefs de service ont organisé au site de l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), des heures prévues et un transport dédié avec une infirmière pour répondre aux besoins de la clientèle hospitalisée du site HHR.

Ces équipes ont mis en place des structures et des moyens pour améliorer la qualité des soins et services. Elles sont invitées à les bonifier notamment en évaluant la mise en œuvre des politiques, procédures, notes de service, et ce, régulièrement.

Il y a lieu de mentionner, durant la période de pandémie, que l'établissement a eu l'opportunité d'installer un scanner prévu pour un autre centre hospitalier qui n'était pas en mesure d'en prendre possession. Pour que l'appareil soit fonctionnel rapidement, les technologues ont été formés par la Cie Siemens sur un simulateur, une première au Québec, et depuis, la Cie utilise cette façon de faire pour former les autres technologues. Cet appareil a permis de répondre aux besoins de la clientèle COVID.

L'équipe a mentionné qu'il n'y a pas de délais d'attente pour les examens de mammographie, scan, interventions en fluoroscopie et de médecine nucléaire. Pour diminuer les délais en résonance magnétique, les responsables des services ont établi un corridor de service avec le service de radio-oncologie en utilisant les plages qui sont disponibles. Bravo pour ces belles initiatives qui répondent aux besoins de la clientèle et qui améliorent les délais d'attente.

Actuellement, il n'y a pas d'évaluation de rendement formalisée pour le personnel, les services sont encouragés à mettre en place l'évaluation du rendement selon la politique de l'organisation.

Des sondages de satisfaction de la clientèle sont réalisés, partagés avec les équipes du service, de la direction et du conseil d'administration. Le service est invité à partager les informations avec le comité des usagers ou de l'utilisateur partenaire. Les équipes sont encouragées à expérimenter davantage le partenariat

avec les usagers et à reconnaître leur savoir expérientiel dans l'équipe multidisciplinaire.

Plusieurs audits sont réalisés tels que : la conformité des pratiques d'hygiène des mains et la double identification.

Les usagers rencontrés mentionnent leur grande satisfaction en ce qui concerne les services rendus, l'accueil chaleureux du personnel, la préoccupation de prodiguer des conseils faciles à comprendre et de répondre à leurs questions, le tout dans un grand respect.

Il y a lieu de mentionner la créativité du personnel des services d'imagerie concernant une pièce de théâtre, intitulée « l'Agrément et moi » avec son accompagnateur Garfield. Bravo pour cette belle initiative qui permet une bonne compréhension de l'agrément. Le service est invité à la mettre en bande dessinée, vidéo ou autre et de la faire connaître dans l'organisation. Cette initiative pourrait être inspirante pour d'autres projets.

Considérant le manque d'espaces, certaines zones qui sont réservées aux services aux usagers n'assurent pas toujours la confidentialité pour l'accueil et le triage. Les services sont encouragés à poursuivre les efforts déjà amorcés.

On retrouve dans les documents un calendrier d'entretien préventif géré par le GBM sur le logiciel Octopus. Selon le technicien rencontré, les secteurs sont informés sur les moments d'entretien préventif des appareils d'imagerie médicale et de médecine nucléaire.

Actuellement, il n'existe pas d'exercices de simulation des urgences médicales. Le service est invité à mettre en place des exercices de simulation des urgences médicales.

Le service est invité à entreposer les bonbonnes d'oxygène dans une armoire fermée, à recouvrir les chariots de lingerie, et ce, selon les bonnes pratiques.

Des enjeux importants guettent les services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire dans les années à venir, telle la difficulté de remplacer le personnel qui s'en va à la retraite, la pénurie des technologues et le remplacement d'une caméra Gamma.

Malgré le contexte actuel de la pandémie, l'ensemble des acteurs du service ont mis d'énormes efforts pour la préparation de la visite d'agrément. Il importe de les féliciter. Il est essentiel actuellement de poursuivre cette route et de conserver les ressources dédiées à l'amélioration de la qualité, afin de soutenir les niveaux d'excellence de qualité et de sécurité convoités par la clientèle. Considérant les besoins grandissants et innovants, il importe de continuer de mettre des efforts pour trouver des stratégies contributives.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Le service de dons d'organes et de tissus fait partie des priorités stratégiques de l'établissement. Un comité formé à cet effet veille à l'atteinte des objectifs en tenant compte de la population desservie dans les deux centres hospitaliers, soit l'Hôpital Charles-Le Moyne et l'Hôpital du Haut-Richelieu. Il s'agit d'un service d'identification et de recommandation en collaboration avec Héma Québec et Transplant Québec. L'équipe identifie les dons d'organes selon les décès circulatoires et neurologiques. Par ailleurs, une offre de service pour un don postmédical à mourir (AMM) se développe de plus en plus.

L'objectif général du service consiste à identifier 100 % des donneurs potentiels et recommander 50 % des décès pour le don de tissus. Tout en adoptant une approche respectueuse et compatissante, l'équipe vise également à identifier et recommander 100 % des donneurs pour le don d'organes.

Selon les statistiques pour l'année d'exercice 2021-2022, l'identification pour le don d'organes est de 92 % tandis que la recommandation est de 95 % à l'Hôpital Charles-Le Moyne. En 2021-2022, à l'Hôpital du Haut-Richelieu, le taux d'identification de donneurs potentiels d'organes est de 83 %, tandis que la recommandation est de 100 %. Toutefois, il faut noter que pour l'année 2020-2021, l'identification et la recommandation du don d'organes ont été de 100 % à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Quant à la recommandation pour les dons de tissus, pour l'année d'exercice 2021-2022, elle a été de 36 % à l'Hôpital Charles-Le Moyne et de 14 % à l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Convaincue de la pertinence de ce service pour sauver des vies (Loi 125, article 204.1 Loi sur les Services de Santé et Services sociaux), l'équipe établit un protocole d'identification du potentiel donneur selon des critères précis dans le respect de la volonté des usagers et de leur famille. L'établissement a mis en place plusieurs activités d'information et de formation afin de rappeler cette obligation légale. Il saisit l'opportunité offerte par la semaine du don d'organes et de tissus du 24 au 30 avril 2022 pour rappeler ce geste de grande générosité sur son site Intranet et la façon d'y adhérer.

Le service du don d'organes et de tissus dans les deux centres hospitaliers travaille en étroite collaboration avec Héma Québec et Transplant Québec afin de mobiliser les équipes. De nombreux outils sont disponibles ainsi que de la formation accréditée sur les sites de Transplant Québec et d'Héma Québec via leur plateforme Intranet. Des cartes mémoire, des affiches, des dépliants, des notes de service et du personnel dédié constituent tous des moyens mis en place par l'équipe pour que cette démarche soit bien ancrée au sein du personnel afin d'éviter toute opportunité perdue.

Des indicateurs de qualité ont été également développés par l'équipe afin de procéder à l'analyse des données et d'apporter des améliorations, le cas échéant.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	
16.1.5 L'équipe a accès à l'information sur la santé de l'utilisateur au moment opportun.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

Des équipes dynamiques ont été rencontrées; leur préparation pour la visite est digne d'être soulignée.

Plusieurs projets novateurs pour augmenter la fluidité hospitalière sont mis de l'avant et la définition de la fluidité promue par la haute direction sert de guide pour tout l'établissement. Ex : le projet de Paramédecine communautaire dans les RI/RPA/CHSLD, le projet Garantie d'accès et Flux Réseau, des ressources SAD à l'urgence, planification précoce et conjointe du congé, priorisation de l'hébergement du domicile, la révision des protocoles des chirurgies afin de répondre aux besoins de la population malgré les défis de la pandémie.

Des mécanismes sont utilisés autant lors des périodes de débordement aux services d'urgence qu'en amont. Il existe des méthodes d'alerte pour communiquer le niveau d'encombrement au niveau de l'organisation, afin que des mesures soient mises en place pour activer le flux des usagers de l'urgence.

Il existe des méthodes, des politiques et des procédures pour solliciter la mise sous tension des autres services de l'organisation pouvant collaborer à canaliser les débordements de l'urgence.

La personne responsable de la gestion des lits assure une vigie continue de la disponibilité des lits en fonction des besoins.

Il existe une bonne collaboration entre les acteurs intraorganisationnels et extraorganisationnels ainsi que les usagers.

Une grande sensibilité face à l'expérience de l'utilisateur a été notée. Les diverses évaluations et mesures ont

permis à l'établissement de s'ajuster selon les besoins des usagers. De plus, une stratégie organisationnelle impliquant des membres du comité de direction permet de déployer les moyens décisionnels à l'application des mécanismes mis en place.

Des travaux sont en cours pour que l'établissement puisse augmenter la réponse en amont face aux divers enjeux régionaux tel que l'accroissement de la population avec l'arrivée des nouvelles tours à habitation ou la nouvelle infrastructure amenée par le train.

Les défis soulevés sont en lien avec la réponse adéquate aux besoins de la population. Il faut citer notamment l'accès aux lits pour les usagers nécessitant des services en santé mentale et la nécessité d'accroître le nombre de lits pour la population vieillissante.

Le service est invité à poursuivre les efforts déployés et continuer les diverses phases des projets novateurs mis en place. Bonne continuité !

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
<p>1.3.7 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>1.3.7.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe:</p> <p>qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services; qui reviennent d'un congé prolongé; quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées; quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis; quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p> <p>1.3.7.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>1.3.7.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <p>Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. Examiner les données tirées des pompes intelligentes. Examiner les évaluations des compétences. Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</p>	

- 1.3.7.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Une équipe dynamique qui, malgré la pandémie, poursuit des objectifs d'amélioration et est soucieuse de répondre aux besoins de la clientèle a été rencontrée. Les caractéristiques de l'équipe des services généraux sont « Structure et Organisation ».

Plusieurs projets sont en cours de développement et en implantation. L'équipe est sensible à éliminer les obstacles qui empêchent d'accéder aux services. À cet égard, le projet novateur de paramédecine communautaire est porteur. Une personne répond aux appels et se déplace afin de faire une première évaluation de la situation au domicile ou sur la scène de l'événement. Déjà, les résultats sont porteurs et selon les statistiques fournies, ce sont près de 50 % des clients qui ont été réorientés vers les bons services plutôt que vers l'urgence.

L'établissement est encouragé à poursuivre le projet afin d'en voir les répercussions sur une période qui permettrait de le pérenniser, voire de l'exporter vers d'autres organisations aux prises avec de l'achalandage. Au terme de l'année 2020-2021, 415 usagers ont été vus par un paramédical communautaire, ce qui est porteur de solutions innovantes et encourageantes pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services.

L'enjeu de la relève professionnelle est considéré et des améliorations sont apportées, spécifiquement lors de l'intégration des nouveaux cadres. Dans plusieurs services rencontrés, il a été constaté que les programmes d'orientation à l'embauche sont révisés et plus étoffés de manière à sécuriser et à retenir les nouveaux candidats.

La bienveillance au sein des équipes de travail est bien présente. On aménage le temps de travail, on prend le pouls des équipes afin de cerner les problématiques de fatigue et de baisse de motivation. À cet égard, les équipes rencontrées sont solides et démontrent de cette sensibilité au bien-être des personnes.

L'équipe invitée à mesurer le nombre de projets en cours et à identifier ceux qui sont prioritaires dans une optique de ne pas surcharger l'organisation. Les équipes rencontrées sont enthousiastes face aux nouveaux projets, mais sont soucieuses de voir les résultats des projets mis de l'avant. La concurrence des projets à l'interne peut devenir un enjeu.

Un cadre de référence pour le partenariat avec les usagers partenaires est en place. La liste des activités d'intégration de l'utilisateur partenaire est disponible. Il est suggéré à l'équipe de diffuser ces éléments afin que l'ensemble des employés reconnaissent que la démarche avec l'utilisateur partenaire est bien ancrée dans la philosophie et les valeurs de gestion de l'établissement.

L'équipe est également invitée à réfléchir et à planifier les demandes de soins et services qui sont croissantes en raison de facteurs externes, comme les multiples constructions d'habitations dans son territoire suite à l'arrivée du réseau express métropolitain (REM) qui accroîtra la population et, par le fait même, la demande de soins et services.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
2.1.17 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
2.1.19 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	

Il convient de souligner d'entrée de jeu l'humanisme de l'ensemble du service, de la direction jusqu'à l'intervention. Dans chacun des gestes qui sont posés au Service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), on sent que l'utilisateur est au cœur de l'action. L'intégration de l'AAOR dans la fonction Info-Social mérite d'être soulignée comme un modèle d'efficacité. Les usagers et les partenaires soulignent leur appréciation des services reçus, tant sur le plan de la qualité que de la rapidité. Il faut souligner l'importance de développer un plan de service individualisé (PSI) afin d'éviter les orientations multiples. La formation est bien adaptée aux besoins des intervenants, il est quand même important de former les équipes à l'intervention de crise. L'ergonomie des postes de travail ainsi que la sécurité en cas d'agressivité et de violence devraient faire partie des prochaines actions posées par la direction.

Le travail exceptionnel réalisé par les intervenants mérite d'être souligné, à cet effet, l'établissement est encouragé à poser des gestes de reconnaissance envers son personnel. Il est également suggéré à l'établissement de démocratiser le rôle de l'éthique en rendant ce concept plus accessible et intégré.

En conclusion, le visiteur encourage l'établissement à mettre en place des identifiants simples pour sécuriser des clientèles vulnérables (LGBTQ+, migrants, Premières nations).

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Service Info-Social	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 3 - Service Info-Social

Il faut tout d'abord souligner la qualité de la préparation du service visité. Ce fut un plaisir de rencontrer une équipe mobilisée qui s'investit sous le leadership d'une chef et d'une coordonnatrice qui la soutiennent et sont reconnaissantes de leur travail. Les interventions sont appuyées sur les meilleures pratiques, et les membres de l'équipe connaissent très bien les fonctions qu'ils sont appelés à exécuter. Le projet de complémentarité avec la fonction Accueil, Analyse, orientation et référence (AAOR) est à la fois novateur et optimal tant pour les services que pour l'expérience de l'utilisateur.

La qualité et la quantité de formation offertes aux équipes se perçoivent facilement. Il est quand même suggéré de bonifier cette offre par l'intervention en situation de crise, l'intervention en contexte de sécurisation culturelle et finalement une sensibilisation aux réalités LGBTQ+.

Malgré le très haut niveau d'atteinte des normes, et cela dans une philosophie de développement et d'amélioration continue, l'établissement est encouragé à impliquer l'utilisateur et sa famille encore plus en amont dans la réflexion de l'organisation des services.

L'élaboration de protocole d'entente avec les divers corps policiers présents sur le territoire pourrait aussi être une piste de développement du service.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
4.1.30 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	
4.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 4.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
4.1.51 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Il s'agit d'une offre de service intégrée dans le continuum de la Direction programme santé mentale et dépendance. Tout en étant fidèles aux valeurs de l'organisation, qui sont notamment le respect et le partenariat, les interventions sont effectuées selon le concept de primauté de la personne. L'accès au service est effectué au moyen du Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) ainsi que du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) qui relève du 811 après 20 h, la nuit et les fins de semaine. De plus, tout autre service du CISSS ainsi que les partenaires de la communauté y réfèrent les usagers.

On y retrouve deux types de service : la consultation sociale par des travailleurs sociaux et la consultation

psychologique à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Le service est offert aux usagers présentant des problématiques ponctuelles en lien avec des stressors situationnels ou avec une situation relationnelle, conjugale ou familiale. La priorité d'accès au service est déterminée selon le niveau de vulnérabilité et de dangerosité présenté par l'utilisateur. L'intervention peut être individuelle, familiale, en couple ou en groupe. Le service de consultation psychologique est effectué par un psychologue qui offre des services de psychothérapie et d'interventions cliniques.

L'ajout d'une agente de liaison au sein de l'équipe a permis de diminuer la liste d'attente grâce à une prise en charge plus rapide de l'utilisateur selon les standards d'accès ministériels pour les services sociaux généraux.

L'équipe travaille en collaboration avec plusieurs partenaires communautaires tels que le Centre de crise et de prévention du suicide à Haut-Richelieu-Rouville, l'Éclusier (soutien aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de la maladie mentale), l'APAMM (Association des Parents et Amis de la personne atteinte de la maladie mentale), les Services municipaux (Services de police, Service incendie, Développement communautaire et social), tables de concertation : Itinérance, Santé mentale.

Les services sont offerts selon un principe de qualité, d'efficacité et d'efficience et sont basés sur les meilleures pratiques. Plusieurs initiatives sont en cours, incluant le groupe Apprendre à mieux vivre avec le stress et l'anxiété selon les orientations du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). S'inspirant des données probantes, les trajectoires de soins se font dans une approche de rétablissement.

Dans un souci d'harmonisation des pratiques, il serait pertinent que le programme d'accompagnement, Justice-Santé mentale (PAJ-SEM), soit implanté à Saint-Jean-Sur-Richelieu également.

Les intervenants reçoivent de la formation appropriée pour la mise à jour des connaissances selon les meilleures pratiques dans le but de favoriser une intervention optimale auprès des usagers. Par ailleurs, des outils d'éducation psychologiques et d'autosoins et une offre de groupe d'autosoins pour les troubles anxio-dépressifs ont été mis en place par l'équipe afin de bonifier l'offre de services pour répondre aux besoins des usagers. De plus, des sondages auprès des référents internes et externes permettent d'évaluer le service afin d'apporter des améliorations au moment opportun. L'équipe possède également des indicateurs de qualité et cible les écarts pour l'amélioration constante des services.

En dépit de tous les efforts, le manque d'effectifs constitue une problématique réelle pour garantir une meilleure accessibilité dans un contexte de déploiement de différents projets. L'établissement devra continuer à développer des idées innovantes de recrutement et de rétention, outre la promotion d'un climat organisationnel qui favorise le mieux-être des employés et la conciliation travail-famille.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

L'équipe responsable du volet psychosocial en contexte de sécurité civile couvre un vaste territoire allant de la Montérégie Est à la Montérégie Ouest.

Une collaboration est bien présente entre les équipes de la sécurité civile et celle des mesures d'urgence.

Lorsqu'une municipalité en fait la demande, l'équipe de la sécurité civile intervient. Cette dernière établit le lien avec les différents professionnels du CISSS et des partenaires afin de sécuriser les sinistrés lorsque requis. Des critères sont établis afin de tenir une séance d'information psychosociale auprès de sinistrés lorsque nécessaire.

Il y a relativement peu d'interventions pour un territoire comme celui de la Montérégie (Est, Centre et Ouest). L'équipe est invitée à diffuser son rôle auprès des différents partenaires et à communiquer dans quels types d'événements ils peuvent intervenir. Pour les partenaires, il est important d'avoir un lien stable au CISSS afin de faciliter les communications.

Des rapports d'événements sont réalisés et des suivis sont faits dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

L'enjeu de la rétention et de l'attraction des personnes qui soutiennent l'équipe demeure. Le volontariat est présent et demande à l'équipe de sécurité civile de régulièrement mettre ses listes de volontaires à jour et de s'assurer du maintien du niveau de compétence de ceux-ci.

Toutefois, lors de la visite dans certaines installations, il a été possible de constater que les gens avaient soit entendu parler de volontaires, soit été approchés, mais n'en avait plus réentendu parler. L'équipe est

invitée à toujours être proactive dans la diffusion de l'information en identifiant des moyens de garder la communication avec les volontaires potentiels. Un événement rare peut arriver et l'équipe sera prête.

L'équipe est invitée à réfléchir avec la direction à différentes stratégies pour promouvoir et garder actif ses volontaires afin de s'assurer d'une réponse positive lors de situations importantes dans un contexte de sécurité civile.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Service Info-Santé	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Service Info-Santé

Il faut tout d'abord souligner la qualité de la préparation du service visité. Ce fut un plaisir de rencontrer une équipe mobilisée qui s'investit sous le leadership d'une chef et d'une coordonnatrice qui la soutiennent et sont reconnaissantes de leur travail. Les interventions sont appuyées sur les meilleures pratiques, et les membres de l'équipe connaissent très bien les fonctions qu'ils sont appelés à exécuter.

La qualité et la quantité de formation offertes aux équipes se perçoivent facilement. Il est quand même suggéré de bonifier cette offre par l'intervention en situation de crise, l'intervention en contexte de sécurisation culturelle et finalement une sensibilisation aux réalités LGBTQ+.

Malgré le très haut niveau d'atteinte, des normes, et cela dans une philosophie de développement et d'amélioration continuent, l'établissement est encouragé à impliquer l'utilisateur et sa famille encore plus en amont dans la réflexion et l'organisation des services.

L'élaboration de protocole d'entente avec les divers corps policiers présents sur le territoire pourrait aussi être une piste de développement du service.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.31 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
8.1.61 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	

Les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Saint-Hubert, de Charles-Lemoyne et de Saint-Jean-sur-Richelieu ont été visités. Les établissements sont affiliés à des universités différentes. Les universités de Montréal et de Sherbrooke ont des expertises de pointe qui favorisent l'enseignement aux futurs professionnels de la santé et l'offre de services à la clientèle.

Les volumes d'usagers inscrits reflètent l'offre de service des établissements.

Dans les installations visitées, les professionnels sont autonomes et ont accès à tous les outils disponibles pour répondre aux besoins de la clientèle. Ce qui est remarquable dans les GMF-U visités, c'est la grande expertise et expérience des ressources en place qui inspirent confiance à la clientèle. À cet égard, les usagers contactés le reconnaissent.

L'enjeu de l'accessibilité via le téléphone demeure pour les établissements rencontrés, particulièrement aux GMF-U Saint-Hubert et Charles-Lemoyne. Des mesures sont prises, mais il semble que le problème persiste.

Les GMF sont axés sur les meilleures pratiques d'autant qu'ils sont des centres de formation pour les futurs professionnels de la santé.

L'équipe est encouragée à poursuivre le développement de l'accès avancé et à promouvoir une standardisation des pratiques.

Il est suggéré d'avoir une plus grande cohésion entre les GMF-U et les services de l'urgence afin d'avoir encore plus d'impacts sur la réduction de l'achalandage. Des plages pour voir des usagers P4 et P5 de l'urgence sont disponibles certes, mais il y aurait lieu de voir si on peut faire plus. À titre d'exemple, il faudrait que les responsables cliniques des GMF-U aient accès en temps réel à l'achalandage au niveau du service de l'urgence et puissent participer davantage à la recherche de solution. Les pourcentages de la clientèle des GMF-U ou GMF qui utilisent les services de l'urgence doivent être accessibles.

La valorisation de la pratique en première ligne est à renforcer pour que tous aient une emprise sur la mise en place de solutions en vue de l'amélioration des services à la clientèle du CISSS de la Montérégie-Centre.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
9.1.20 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	
9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
9.1.44 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. 9.1.44.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, est tenu responsable d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences. 9.1.44.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences. 9.1.44.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	

- 9.1.44.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 9.1.44.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 9.1.44.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 9.1.44.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.44.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

Les services sont fournis par le personnel infirmier à l'intention de tout usager, peu importe l'âge, pouvant se déplacer au centre local de services communautaires (CLSC). Il importe de souligner qu'en dépit du contexte particulier de la pandémie et du délestage que l'équipe a connu, le service a toujours été accessible à des heures prolongées et le personnel est disponible le jour et le soir, les fins de semaine et les congés fériés. L'offre de service couvre les soins suivants : l'administration de certains médicaments injectables et intraveineux, les soins de plaies, les soins de cathéters veineux périphériques ou centraux, les soins de cathéters urinaires, les soins de stomie et pessaire, le retrait d'agrafes ou de points de suture, la phlébotomie, l'enseignement et l'autosoin.

Différentes stratégies sont mises en place afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, il faut mentionner notamment, la formation, le développement d'une culture d'amélioration continue, des sondages de satisfaction, une station de communication visuelle, la révision des formulaires standardisés, l'harmonisation du processus d'accueil et la révision de certaines procédures. Par ailleurs, les usagers interviewés sont tous très satisfaits des soins dispensés par le personnel infirmier.

La collaboration interdirectionnelle et le développement de différents projets au sein de l'organisation tels que le GAP (guichet d'accès à la première ligne), Agir tôt (programme s'adressant aux enfants de 0-5 an et à leur famille pour développer leur plein potentiel), Aire ouverte (service pour les jeunes de 12 à 25 ans) engendrent une augmentation des demandes de services. Par conséquent, l'équipe devrait se doter d'une structure pouvant répondre aux nouvelles exigences du milieu.

Le service participe au décongestionnement des services d'urgence en contribuant à la dispensation de soins qui peuvent être fournis par le personnel œuvrant aux services courants. Dans le contexte d'une évaluation globale, l'approche « Repérage » lors de la dispensation des soins permet de prévenir toute décompensation des pathologies chroniques ou détérioration d'une problématique latente.

En ce qui concerne le temps de soins alloué aux usagers, l'équipe souhaite une révision de la procédure pour un réajustement flexible de l'horaire, le cas échéant.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs	
Processus prioritaire : Télésanté	

Le recours aux modalités de la Télésanté communément appelé Téléconsultation existe et est reconnu depuis 2005, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Quelques projets pilotes avaient été mis en place. La Télésanté a pris son envol très rapidement dès le début de la pandémie où des usagers avaient des besoins de consultation, de suivi et de continuité, et ce, dans un contexte de confinement général de la population, vers la mi-mars 2020 durant la crise causée par la pandémie de COVID-19.

La nécessité de répondre aux besoins de la clientèle tout en respectant les règles de confinement établies par le MSSS pour la sécurité des usagers et des professionnels a concouru à la montée grandissante et innovante de la Télésanté. Le Centre intégré des services de santé et services sociaux de la Montérégie Centre (CISSS MC) ne fait pas exception à la règle. La direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) a été mandatée pour le développement de la Télésanté. L'équipe s'est rapidement mise en mode Action. Un Guide de références sur la Télésanté basé sur des données probantes et des lignes directrices du MSSS a été élaboré avec l'implication des usagers partenaires.

Des réseaux avec des partenaires internes et externes se sont créés et ont déployé rapidement des modalités de télésanté dans un contexte de contingence. Pour soutenir les directions, la DEAU a déployé une équipe de soutien aux intervenants et aux usagers. Sans ce soutien direct, plusieurs initiatives n'auraient certainement pas perduré et le projet ne peut être pérennisé.

Plusieurs projets ont connu le jour, notamment, le projet de Paramédecine communautaire, un projet vidéo présentant une situation réelle d'une personne âgée à domicile. Une vidéo touchante, inspirante et

efficace, qui ne laisse personne insensible. Bravo pour cette initiative! L'équipe est encouragée à poursuivre son magnifique travail et à oser aller au-delà des sentiers battus. Un autre projet concernant les rencontres prénatales mérite d'être souligné : les infirmières en périnatalités ont élaboré des cours pour permettre aux futures mères et aux futurs pères de participer à des formations en ligne. Fort de cette expérience, les personnes rencontrées mentionnent les bienfaits de la télésanté, un moyen innovant que l'on doit conserver.

Plusieurs outils normalisés ont été réalisés, l'équipe a défini certains événements indésirables tels que : bris de confidentialité; erreur liée à l'identification de l'utilisateur; erreur liée au consentement; chute, etc. dans le but de bien comprendre le type de risques possibles.

Plusieurs sondages ont été réalisés, entre autres, la satisfaction de la clientèle, des professionnels, des partenaires (personnel de l'informatique, le personnel administratif, etc.). Plusieurs indicateurs de qualité sont en place selon la méthode SMART. Une analyse des résultats est réalisée et communiquée aux parties prenantes, dont des usagers partenaires. La télésanté s'inscrit donc dans un nouvel écosystème où l'on applique des technologies de l'information et de communication à l'ensemble des activités de santé et de services sociaux, communément appelé « e-santé ».

Il a été possible d'entendre ou d'observer des expériences réalisées en radio-oncologie, en psychiatrie, en santé mentale, en jeunesse. Plusieurs de ces initiatives ont fait l'objet d'un projet de recherche ou d'une évaluation. En ajoutant des témoignages d'usagers, d'usagers partenaires et d'intervenants, de nombreux avantages se sont manifestés pour les usagers ainsi que l'efficacité des soins et services.

Une équipe de travail dynamique, dévoué, ayant le goût de se dépasser pour répondre aux besoins de la clientèle et de faire la différence.

Malgré une année difficile pour les services de santé, il faut considérer d'un bon œil les opportunités qui découlent de la pandémie. Cela a amené l'établissement à revoir certaines pratiques, plusieurs aspects positifs sont ressortis de cette nouvelle réalité.

Ces réaffectations ont demandé une grande capacité d'adaptation de la part des professionnels dont le souci premier était de prodiguer des soins et services de qualité dans le contexte de la pandémie. Des programmes d'intégration spécifiques ont d'ailleurs été conçus afin d'assurer le respect des règles de soins et des champs de pratique établis. Ces expériences se sont soldées par une meilleure satisfaction de la clientèle et une collaboration interprofessionnelle renouvelée.

L'équipe est invitée à poursuivre les efforts et à faire connaître les réalisations! Félicitations! Comme le dirait la directrice adjointe clinique... Un projet... un sens!

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.