



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA

# **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>  
**CISSS de la Montérégie-Centre**

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 20 octobre 2023

## Confidentialité

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

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

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

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

## **Au sujet d’Agrément Canada**

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

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

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

## **Au sujet du rapport**

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec<sup>MC</sup> d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à la précision des renseignements fournis par l’établissement pour planifier et mener les visites d’agrément et produire ce rapport. Il incombe à l’établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d’agrément.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

# Sommaire

## L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre est situé au cœur de la Rive-Sud de Montréal. Il assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à une population de plus de 420 000 citoyens sur un territoire d'une superficie de 1 391 km<sup>2</sup>. Il compte deux réseaux locaux de services (RLS) : le RLS de Champlain et le RLS du Haut-Richelieu-Rouville.

Le CISSS de la Montérégie-Centre compte environ 13 000 employés et plus de 800 médecins œuvrant dans une quarantaine d'installations, incluant deux hôpitaux (dont l'Hôpital Charles-Le Moyne désigné centre affilié universitaire), neuf centres locaux de services communautaires, dix centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), six centres de réadaptation. L'Institut Nazareth et Louis Braille (INLB) du CISSS de la Montérégie-Centre est le seul centre de réadaptation spécialisé uniquement en déficience visuelle au Québec. Le CISSS gère plusieurs mandats régionaux pour la Montérégie dont la Direction de santé publique et le Service régional Info-Santé et Info-Social.

## Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

En 2015, une nouvelle structure a été mise en place afin de favoriser une meilleure intégration des services sur le plan clinique et de mieux répondre aux besoins de la clientèle tout au long de la trajectoire de services. L'harmonisation des pratiques au sein d'une nouvelle organisation regroupant diverses cultures organisationnelles et plusieurs approches d'intervention constitue un enjeu majeur.

Au niveau clinique, le partenariat avec les usagers et leurs familles dans les soins est en voie de consolidation. Cependant, la contribution des usagers et de leurs proches à l'aspect administratif de l'organisation doit encore être développée. Une culture de la gestion de la qualité et des risques est présente dans les équipes d'intervenants sur le terrain. Une culture de déclaration et de divulgation est en place. Au niveau stratégique, la gestion des risques opérationnels est prise en compte, mais la culture de la sécurité des usagers est moins marquée, comme en témoigne l'absence d'un plan organisationnel de sécurité des usagers au moment de la visite. Les partenaires apprécient les services fournis et une collaboration ainsi qu'une relation de confiance sont présentes à tous les niveaux de l'établissement.

D'autre part, le recrutement et surtout la rétention de la main-d'œuvre représentent également des enjeux significatifs. Le renforcement du sentiment d'appartenance est une priorité. Un autre enjeu considérable découle du vieillissement de la population, combiné à une migration de population vers la région, engendre ainsi une forte augmentation des besoins en services. Par ailleurs, il convient de souligner que les équipes offrent des soins personnalisés dans une approche humaine et respectueuse envers les usagers.

## Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	96,1%	96,0%	89,2%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

## Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

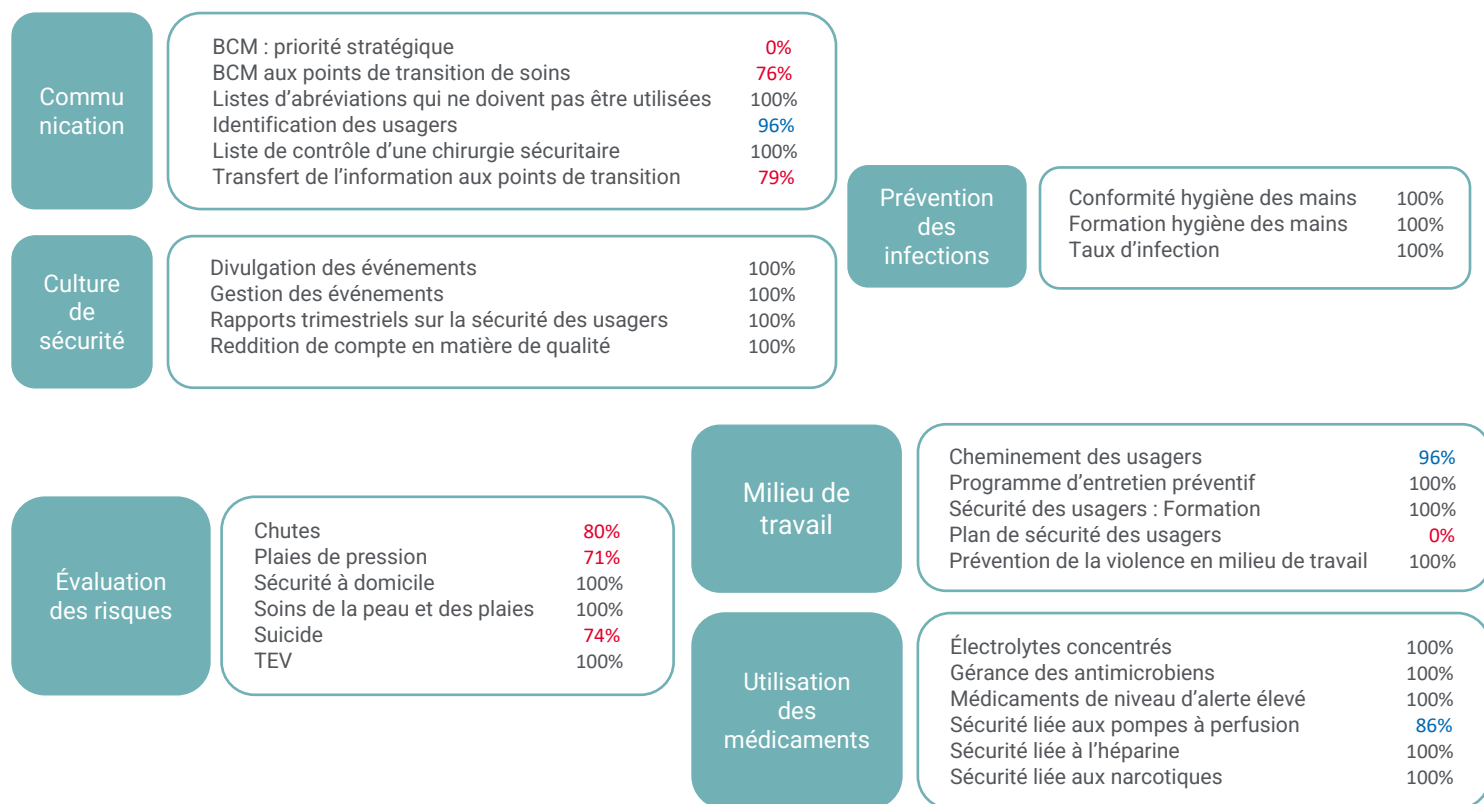
### Secteurs d'excellence :

- Offre de soins personnalisés avec une approche humaine et respectueuse.
- Interventions cliniques basées sur les données probantes et les meilleures pratiques.
- Projet novateur de paramédecine communautaire.
- Partenariat solide entre les équipes hospitalières et d'hébergement ainsi que celles du soutien à domicile.

### Opportunités d'amélioration :

- Assurer la sécurité des lieux d'hospitalisation en santé mentale.
- Favoriser une meilleure collaboration entre les gestionnaires et l'équipe médicale pour décongestionner l'urgence psychiatrique.
- Poursuivre l'arrimage des services pour la clientèle jeune en transition vers l'âge adulte.
- Implanter le dossier usager électronique.

## Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)



# Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada .....	iii
Au sujet du rapport .....	iii
Sommaire .....	iv
Aperçu du programme .....	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément .....	2
Analyse selon les dimensions de la qualité .....	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR) .....	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales .....	12
Jeunesse .....	14
Santé mentale et dépendances .....	15
Santé physique.....	17
Services généraux.....	19
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) .....	20
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	22
Amélioration continue de la qualité.....	24
Évaluation des pratiques sécuritaires .....	24
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen .....	25
Conclusion.....	26
Annexes.....	27
Directives relatives à l'attribution de l'agrément .....	27
Classification des critères.....	28
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	30
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués .....	31
Détails techniques du rapport.....	36

## Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum<sup>MD</sup> adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
  - Le fonctionnement de la gouvernance;
  - L'expérience de l'utilisateur; et
  - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.



# Décision d'agrément

CISSS de la Montérégie-Centre

Le statut d'agrément est :

**Agréé**

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

## Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.









Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

## Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	88	0	2	90
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	99,3%	272	2	2	276
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	95,9%	162	7	3	172
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	100,0%	74	0	2	76
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	96,0%	121	5	3	129
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	95,1%	1135	58	41	1234
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	95,1%	1172	61	82	1315
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	97,1%	1027	31	80	1138
<b>Total</b>	<b>96,1%</b>	<b>4051</b>	<b>164</b>	<b>215</b>	<b>4430</b>

## Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

### Sommaire des POR de l'établissement

**Total**

**224/251**

# POR Conforme

**89%**

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	88%	73 / 83	16 / 21
	Identification des usagers	96%	27 / 28	27 / 28
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	50%	3 / 6	0 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	91%	132 / 145	23 / 29
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	49 / 49	7 / 7
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	100%	20 / 20	4 / 4
	Prévention des plaies de pression	91%	32 / 35	5 / 7

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	90%	103 / 115	17 / 23
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	20 / 20	4 / 4
	Soins efficaces des plaies	100%	24 / 24	3 / 3
	Stratégie de prévention des chutes	90%	43 / 48	12 / 15
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	50%	2 / 4	0 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	96%	192 / 200	24 / 25
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	100%	93 / 93	31 / 31
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	30 / 30	30 / 30
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	90%	38 / 42	6 / 7
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

## Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	6 / 6	2 / 2
	Jeunesse	100%	15 / 15	5 / 5
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé physique	100%	33 / 33	11 / 11
	SAPA	100%	15 / 15	5 / 5
	Services généraux	100%	12 / 12	4 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	2 / 2	2 / 2
	Jeunesse	100%	5 / 5	5 / 5
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	2 / 2	2 / 2
	Santé physique	100%	11 / 11	11 / 11
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	0%	0 / 1	0 / 1
	Jeunesse	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	3 / 3	3 / 3
	Santé physique	100%	10 / 10	10 / 10
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	16 / 16	2 / 2
	Jeunesse	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	16 / 16	2 / 2
	Santé physique	100%	88 / 88	11 / 11
	SAPA	100%	40 / 40	5 / 5
	Services généraux	50%	8 / 16	1 / 2

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	50%	5 / 10	0 / 2
	Jeunesse	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	80%	12 / 15	1 / 3
	Santé physique	100%	5 / 5	1 / 1
	SAPA	84%	21 / 25	3 / 5
	Services généraux	100%	35 / 35	7 / 7
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	100%	9 / 9	3 / 3
	Jeunesse	100%	6 / 6	2 / 2
	Santé mentale et dépendances	81%	17 / 21	5 / 7
	Santé physique	92%	11 / 12	2 / 3
	SAPA	100%	9 / 9	3 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	100%	10 / 10	2 / 2
	Jeunesse	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	15 / 15	3 / 3
	Santé physique	76%	34 / 45	5 / 9
	SAPA	100%	25 / 25	5 / 5
	Services généraux	92%	23 / 25	3 / 5

## Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
<b>Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance</b>	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
<b>Sondage sur la mobilisation du personnel</b>	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
<b>Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins</b>	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
<b>Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers</b>	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à sécurité des usagers.
<b>Sondage sur l'expérience de l'utilisateur</b>	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

## Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 22 mai au 10 septembre 2018

Nombre de répondants : 13

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



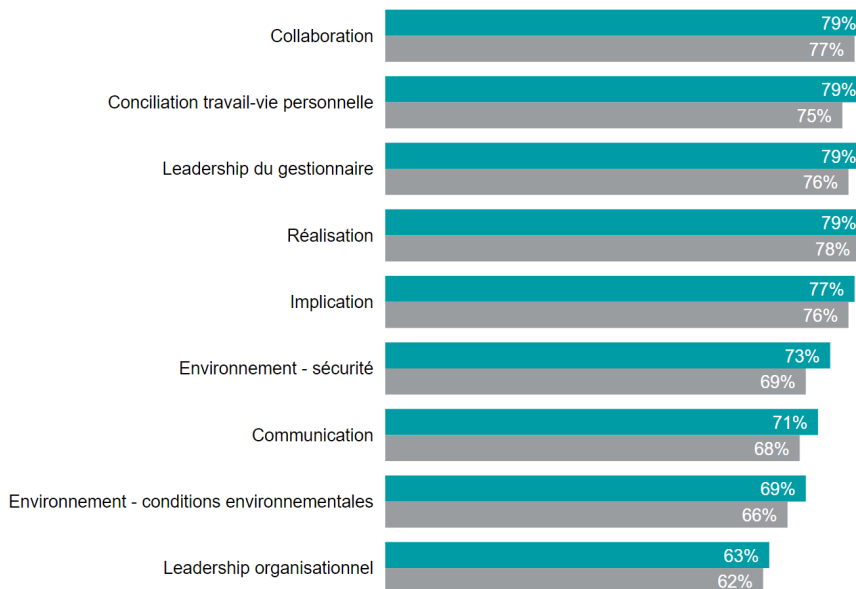
## Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 30 août au 15 octobre 2021

Nombre de répondants : 2125

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS





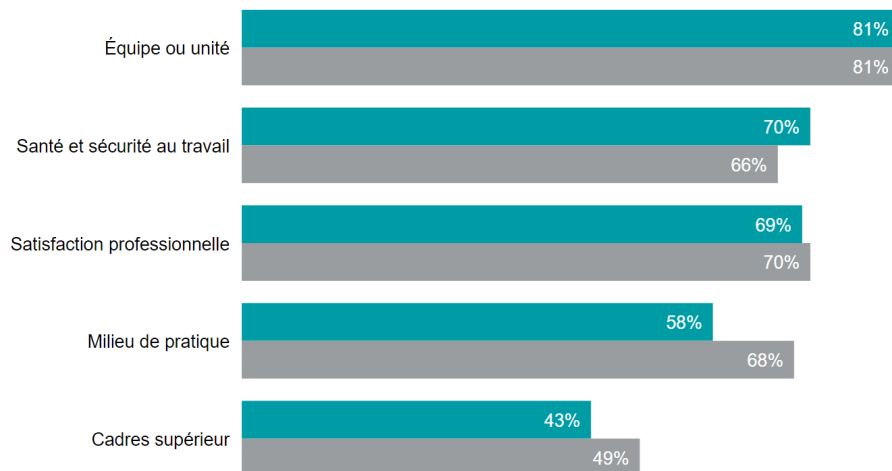
## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 30 août au 15 octobre 2021

Nombre de répondants : 24

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



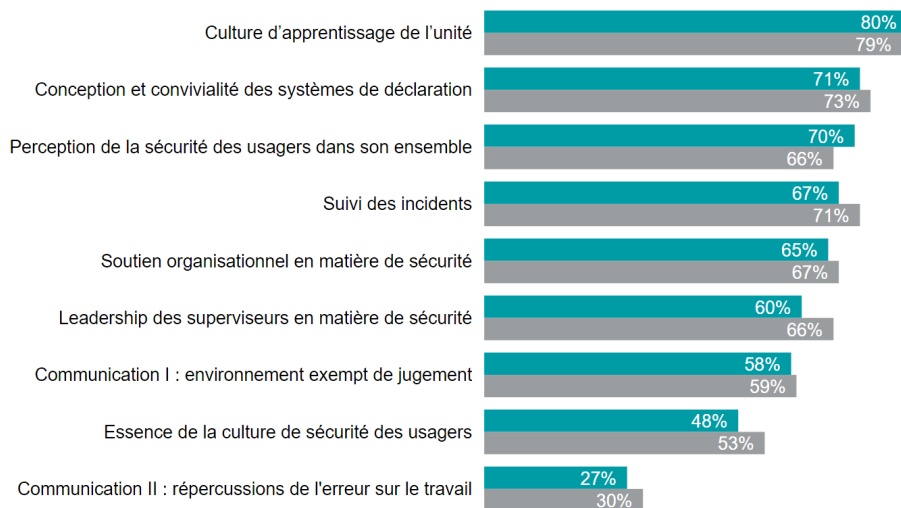
## Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 30 août au 15 octobre 2021

Nombre de répondants : 280

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



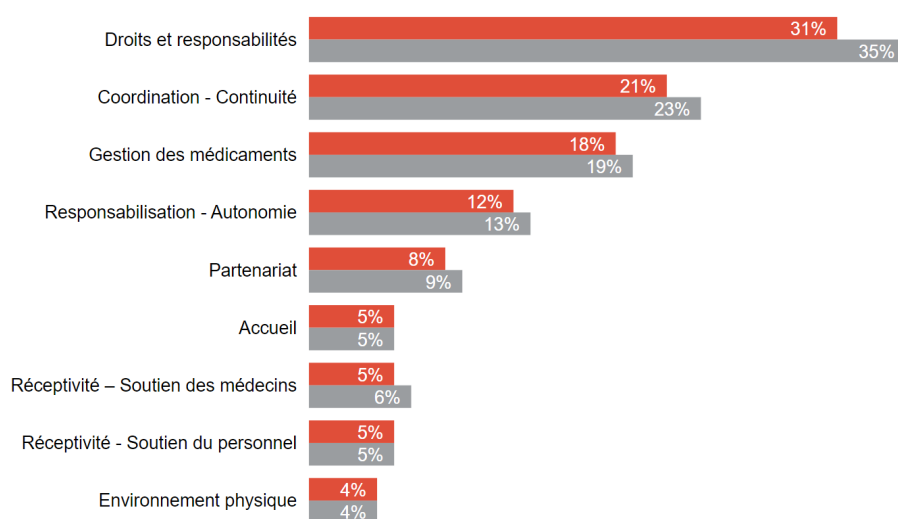
## Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 464

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



## Résultats d'évaluation par programme-services

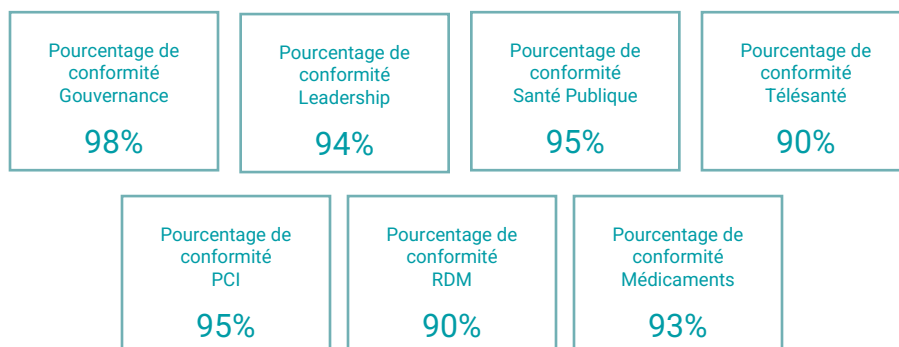
### Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté<sup>1</sup>, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

#### Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	4	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	6
Leadership	98%	2%	4	98%	2%	3	75%	25%	1	97%	3%	8
Santé publique	98%	2%	6	98%	2%	4				98%	2%	10
Télésanté	100%	0%	0	100%	0%	0				100%	0%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	2	88%	13%	0	100%	0%	0	93%	7%	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	75%	25%	0	83%	17%	2				80%	20%	2
Gestion des médicaments	90%	10%	3	99%	1%	5	100%	0%	0	95%	5%	8
<b>Total</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>16</b>	<b>89%</b>	<b>11%</b>	<b>1</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>36</b>

#### Comparatif du réseau



<sup>1</sup> À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

## Faits saillants

(2019) Le président du conseil d'administration et les administrateurs sont des individus engagés, rigoureux et axés sur la qualité des soins et des services offerts à la population de leur territoire. Le travail d'équipe est remarquable et s'appuie sur des objectifs de saine gouvernance. L'établissement veille à assurer l'adéquation des services avec les besoins de sa population tout en respectant l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, les dossiers usagers sont toujours en format papier et l'introduction d'un dossier usager électronique pour les usagers est souhaitée. De plus, plusieurs politiques et procédures encadrent le dossier médical, mais elles ne sont pas harmonisées pour l'ensemble de l'établissement.

En ce qui concerne l'environnement physique, la mise à jour des infrastructures entraîne de nombreux projets d'immobilisation qui mobilisent beaucoup de ressources. Il a été noté que les lieux physiques d'hospitalisation en santé mentale ainsi que la salle d'endoscopie présentent des risques pour la clientèle que pour les travailleurs qui y œuvrent. En matière de mesures d'urgence, un plan est en place et traite d'une douzaine de situations. Plusieurs outils et aide-mémoires sont diffusés. L'équipe de santé publique est prête à faire face aux urgences et aux pandémies. Des algorithmes guident les interventions des directeurs de garde en cas de menace environnementale ou lors d'un signalement d'une maladie infectieuse. Concernant les pratiques sécuritaires, le bilan comparatif des médicaments est au tout début de sa mise en œuvre. L'établissement est encouragé à redoubler d'efforts pour le déployer rapidement auprès des clientèles ciblées.

(2022) La télésanté a pris son envol très rapidement dès le début de la pandémie. Des réseaux, avec des partenaires internes et externes, se sont créés et ont déployé sans délai des modalités de télésanté dans un contexte de contingence. De plus, une équipe de soutien aux intervenants et aux usagers a été déployée, ce qui a permis la mise en place de plusieurs projets.

## Jeunesse

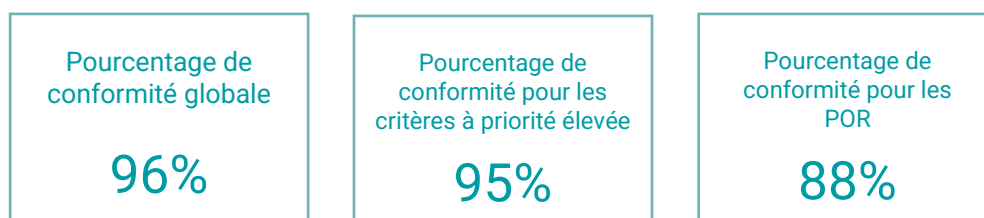
Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

### Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

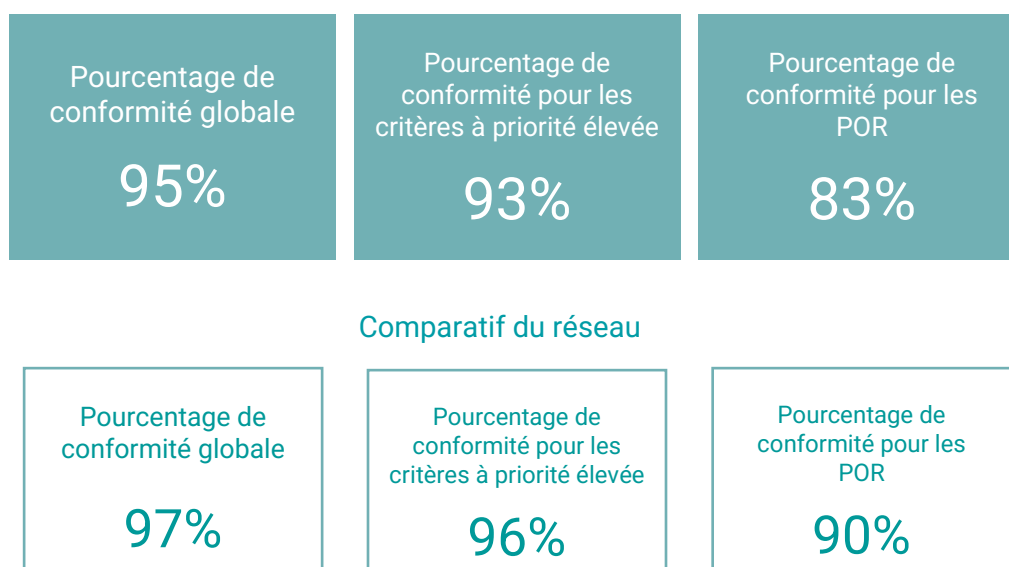
(2019) L'équipe de gestion de la direction Jeunesse démontre un grand leadership, une ouverture à l'innovation et à l'amélioration continue. Les modalités de gestion et de gouvernance permettent une bonne communication et une coordination efficace des services. La cogestion médicale est bien en place. Depuis plus d'un an, la direction Jeunesse a introduit une gestion de proximité au sein de sa structure. De plus, les structures de concertation régionale ont été préservées après la fusion de 2015, grâce à l'esprit de collaboration et d'innovation ainsi qu'à une volonté d'une vision commune des partenaires. Cela étant dit, les arrimages intra-CISSS, inter-CISSS et l'intégration des services restent à être poursuivis, notamment pour la clientèle en transition vers l'âge adulte.

## Santé mentale et dépendances

Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

### Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



### Faits saillants

2019) Le continuum de services en santé mentale est bien documenté, incluant la mission, la vision, la clientèle cible et les principaux enjeux. Les différents programmes se poursuivent en continuité et en complémentarité pour répondre aux besoins des usagers tout au long de leurs épisodes de soins. De plus, l'équipe s'est vu confier le mandat sur la pratique organisationnelle requise de la prévention au suicide. La structure est en place, un plan d'action a été élaboré, mais il est essentiel que l'équipe veille à ce que ces mesures soient bien intégrées par les équipes sur le terrain et que les divers outils cliniques soient mis en œuvre.

D'autre part, la gestion des lits en psychiatrie demeure un enjeu de taille pour l'équipe. Cette dernière fait face à des taux d'occupation importants qui obligent les gestionnaires à faire preuve de cohésion et de collaboration avec l'équipe médicale. L'équipe de santé mentale base ses

interventions sur les données probantes et les meilleures pratiques. Les nombreux professionnels partagent leur expertise pour offrir aux usagers les meilleures interventions cliniques. La formation du personnel est présente et enrichie de pratiques de pointe.

## Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

### Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

(2022) L'équipe de santé physique démontre un leadership dynamique et une excellente cogestion médicale. Elle s'efforce de diffuser les informations de façon transversale et auprès des équipes sur le terrain. Plusieurs projets novateurs visant à augmenter la fluidité hospitalière sont mis en avant, et la définition de la fluidité promue par la haute direction guide l'ensemble de l'organisation. Une grande sensibilité envers l'expérience de l'utilisateur a été notée. Les diverses évaluations et mesures ont permis à l'établissement de s'ajuster en fonction des besoins des usagers.

Au sein des unités d'hospitalisation, le personnel est engagé et orienté vers les usagers. Les équipes sont compétentes et bénéficient de l'apport des infirmières de soutien clinique. Des projets d'amélioration continuent, tel que « Early Recovery After Surgery, » témoignent de l'engagement envers la qualité. L'équipe des soins palliatifs et de fin de vie est organisée et



structurée. L'aide médicale à mourir est bien coordonnée et respecte les souhaits des usagers ainsi que les enjeux éthiques. Le travail de partenariat avec les familles se traduit par la conception de la trousse de deuil, conçue pour être un guide précieux pour les proches.

## Services généraux

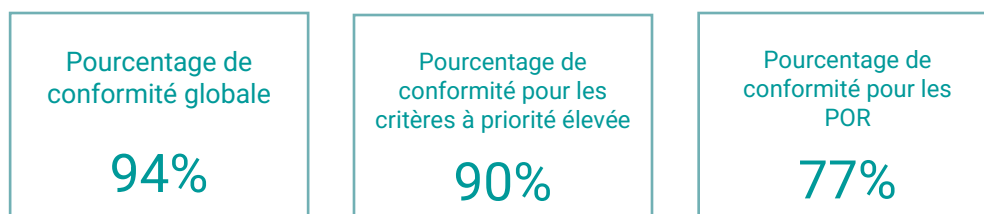
Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

### Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

(2022) L'équipe dynamique des services généraux est soutenue par des leaders dotés de vision et d'organisation. L'utilisateur est au cœur des décisions et des projets mis en avant, dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Il convient de souligner la mise en place du projet de paramédecine communautaire qui est porteur et mérite d'être soutenu et activé. Le projet vidéo présente une situation réelle d'une personne âgée à domicile en lien avec l'intervention des paramédicaux communautaires. L'équipe est invitée à maintenir une vigilance quant au nombre de projets proposés et à s'assurer que les résultats sont connus des équipes. Par ailleurs, concernant les GMF-U et les GMF, l'accès avancé est en cours d'implémentation et doit être évalué. La concertation avec les ressources des urgences hospitalières pour la recherche de solutions liées à l'achalandage est à renforcer.

## Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

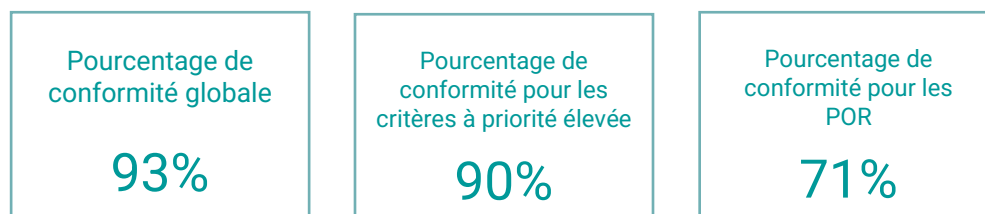
Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

### Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

(2023) La direction des programmes déficiences (DI, TSA, DP et DV) montre un véritable souci pour la culture de la mesure et de l'amélioration continue. En effet, les nouveaux projets sont suivis et la disponibilité des données permet d'apprécier les retombées sur le parcours de l'utilisateur, menant à des plans d'amélioration. Par ailleurs, la collaboration entre le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Ouest, qui assume la responsabilité régionale pour les services en déficience, est essentielle. Un travail important est aussi réalisé pour assurer

la continuité des soins aux usagers en favorisant le maintien à domicile et en établissant des partenariats avec des organisations communautaires. Le potentiel d'application de l'expertise en déficience visuelle doit être pleinement exploité dans les CHSLD. En outre, d'importants défis sont à relever, particulièrement sur le recours à une solution informatique intégrée pour la gestion des données et les enjeux liés à la main-d'œuvre.

## Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

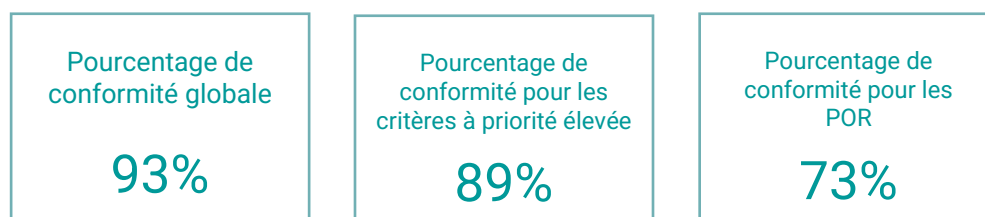
Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

### Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

(2023) L'établissement a mis en place des mécanismes efficaces afin de faciliter le parcours de l'utilisateur au sein du programme SAPA. Il convient de saluer le travail de collaboration entre le volet de soutien à domicile, le volet d'hébergement et le milieu hospitalier dans le parcours de soins de l'utilisateur et de sa famille. Le potentiel des services gériatriques reste à être exploité pleinement. Par ailleurs, d'importants défis sont à relever, tels que le recours à des solutions intégrées de gestion informatisée, la pérennité de l'hébergement transitoire, la complémentarité des nouvelles

ressources avec les CHSLD ainsi que les enjeux liés à la main-d'œuvre. Enfin, le recours aux usagers-ressources et l'apport de leur expérience vécue dans les processus décisionnels sont encore timides. L'établissement est encouragé à soutenir une approche structurante pour le recrutement, la formation et le co-développement de l'utilisateur-ressource.

## Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

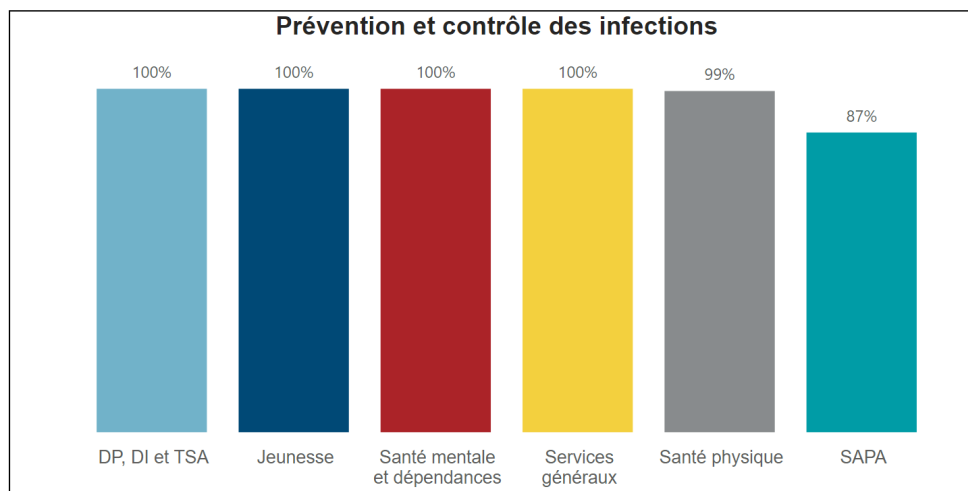
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

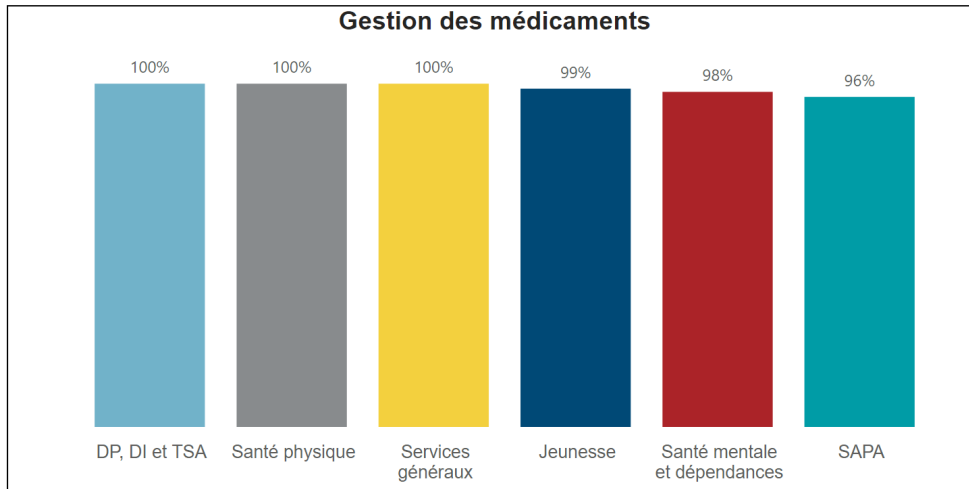
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

## Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

### Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





## Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.



## Conclusion

La culture de l'amélioration et de la mesure est présente au CISSS de la Montérégie-Centre, se traduisant par une préoccupation constante pour atteindre l'excellence en soutenant la mise en œuvre de projets collectifs. Même si la gestion de l'amélioration continue des processus cliniques a pu connaître des ralentissements en lien avec la pandémie, la culture de l'innovation a continué à progresser dans l'établissement. Les équipes continuent de proposer des projets d'amélioration pour la qualité des soins. L'évaluation de la satisfaction des usagers est également intégrée au processus, dans une perspective d'amélioration. Des plans de qualité sont en place à plusieurs niveaux et les mécanismes de suivis sont établis. De plus, la satisfaction de la clientèle a été observée lors de la visite.

Enfin, en ce qui concerne les réalisations 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 hautement apprécié par l'organisation.

## Annexes

### Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

\*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

## Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

### Niveaux de priorité

#### *Pratiques organisationnelles requises (POR)*

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

#### *Critères à priorité élevée*

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

#### *Critères à priorité normale*

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

### Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

# Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre
	Gouvernance										
	Leadership										
	Santé publique										
	Jeunesse										
	Dépendances										
	Santé mentale										
						Santé physique					
						Services généraux					
						Télésanté					
								Déficience physique			
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme			
								SAPA			
	Gestion des médicaments										
	Prévention et contrôle des infections										
	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables										
	Cahier de normes au complet										
	Critères spécifiques										

## Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 1	Leadership	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 1	Santé publique	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 1	PCI	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 1	RDM	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 2	Jeunesse	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	30 septembre au 4 octobre 2019
Séquence 3	Santé physique	25 au 28 avril 2022
Séquence 3	Services généraux	25 au 28 avril 2022
Séquence 3	Télésanté	25 au 28 avril 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	30 janvier au 3 février 2023
Séquence 5	SAPA	30 janvier au 3 février 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

### Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centre d'hébergement Saint-Joseph</li> <li>▪ CISSS Montérégie Centre Territorial Santé Publique</li> <li>▪ CISSS Montérégie Est Santé Publique</li> <li>▪ CISSS Montérégie Ouest Santé Publique</li> <li>▪ CISSS Montérégie Régional Santé Publique</li> <li>▪ Complexe administratif (Saint-Hubert)</li> <li>▪ Hôpital Charles-Le Moyne</li> <li>▪ Hôpital du Haut-Richelieu</li> <li>▪ Services de réadaptation externes</li> </ul>
Leadership	Oui	
Santé Publique	Oui	
Prévention et contrôle des infections	Oui	
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	
Gestion des médicaments	Oui	

## Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Jeunesse)	Oui
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui
Services de sage-femme et maisons de naissance	Oui
Services pour jeunes en difficulté	Oui
Services pour la protection de la jeunesse	Non
Services pour la santé mentale en communauté	Oui
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Oui
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Oui
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui
Services d'urgences psychiatriques	Oui
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui
Services de santé mentale (usagers admis)	Non
Services de dépendances (usagers admis)	Non

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centre administratif (Saint-Hubert)</li> <li>▪ Clinique externe de pédopsychiatrie</li> <li>▪ CLSC de la rue Champlain (Clinique jeunesse)</li> <li>▪ CLSC de la Vallée-des-Forts</li> <li>▪ CLSC du Richelieu</li> <li>▪ CLSC Samuel-de-Champlain</li> <li>▪ CLSC St-Hubert</li> <li>▪ Hôpital Charles- Le Moyne</li> <li>▪ Hôpital du Haut-Richelieu</li> <li>▪ Maison de naissance Richelieu</li> <li>▪ Services de consultation externes Édifice Les Cours Singer (Clinique évaluation TSA, services réadaptation pédiatrique)</li> <li>▪ Suivi intensif dans la communauté (SICOM)</li> </ul>

### Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Non
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Oui
Services de consultation sociale ou psychologique	Oui
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Non
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu</li> <li>▪ Centre externes de néphrologie Saint-Lambert</li> <li>▪ CLSC de la Vallée-des-Forts</li> <li>▪ CLSC du Richelieu</li> <li>▪ CLSC Saint-Hubert</li> <li>▪ CLSC Samuel-de-Champlain</li> <li>▪ Complexe administratif (Saint-Hubert)</li> <li>▪ Groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Hubert</li> <li>▪ Hôpital Charles- Le Moyne</li> <li>▪ Hôpital du Haut-Richelieu</li> <li>▪ Service régional Info-Santé de la Montérégie</li> <li>▪ Service administratif (Longueuil)</li> </ul>



Service Info-Santé	Oui
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

--

#### Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Non
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Non

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu</li> <li>▪ Institut Nazareth et Louis-Braille Jean Brillant</li> <li>▪ Institut Nazareth et Louis-Braille Longueuilà</li> <li>▪ Service administratif (Longueuil)</li> </ul>

## Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Oui
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui
Soins palliatifs et de fin de vie	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Centre de services pour aînés de Saint-Lambert</li><li>▪ CHSLD Champagnat</li><li>▪ CHSLD Champlain</li><li>▪ CHSLD Docteur-Chevrier</li><li>▪ CHSLD Georges-Phaneuf</li><li>▪ CHSLD Gertrude-Lafrance</li><li>▪ CHSLD Henriette-Céré</li><li>▪ CHSLD Saint-Joseph</li><li>▪ CHSLD Sainte-Croix</li><li>▪ CHSLD Val-Joli</li><li>▪ CLSC de la Vallée-des-Forts</li><li>▪ CLSC du Richelieu</li><li>▪ CLSC Samuel-de-Champlain</li><li>▪ Hôpital de jour HRR</li><li>▪ Service administratif (Longueuil)</li></ul>

## Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

### Taux de conformité global

Pourcentage ( $\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$ ) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

### Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ( $\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$ )

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

### Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

### Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

### Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

### Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

### Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

#### Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ( $\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$ ) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

#### Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.