



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

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

Rapport publié: 03/05/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	8
Aperçu du programme	11
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	12
Résultats selon les dimensions de la qualité	15
Pratiques organisationnelles requises	16
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	18
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	18
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	21
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	23
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	25
Santé publique	27
Télésanté	31
Programme de prévention et de contrôle des infections	33
Services de retraitement des dispositifs médicaux	36
Gestion du circuit du médicament	41
Aperçu de l'amélioration de la qualité	42

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 18/02/2024 au 23/02/2024.

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

Confidentialité

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

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

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

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de 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 425 000 citoyens sur un territoire d'une superficie de 1 474 km². 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, dont l'Hôpital Charles-Le Moyne désigné centre affilié universitaire. 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.

Cette visite qui se déroule du 18 au 23 février 2024 s'inscrit dans le deuxième cycle d'agrément de 5 ans, comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Étant la Séquence 1, la présente visite concerne le leadership (planification des services, ressources humaines, financières, matérielles, technologie de l'information, la gestion des risques, l'éthique, la santé publique). S'ajoutent la télésanté, la prévention des infections, le volet du retraitement des dispositifs médicaux et le circuit du médicament.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Historiquement, il y a eu toujours une bonne collaboration avec la communauté et les différents partenaires du CISSS de la Montérégie-Centre. Il s'agit d'un modèle d'interdépendance au bénéfice de la population. De plus, ses mandats régionaux et suprarégionaux l'obligent à avoir des relations étroites avec ses partenaires. Cette optique globale porte le CISSS de la Montérégie-Centre à avoir plusieurs projets innovants en partenariat ou des projets académiques et universitaires. L'approche de gestion passe par une bonne collaboration interne, une transparence dans les objectifs et un suivi de performance.

L'interdisciplinarité est présente et plusieurs mécanismes de communication sont en place pour faciliter l'échange d'informations.

L'établissement connaît le portrait de la population et apporte des programmes clientèle visant à répondre aux besoins. Plusieurs trajectoires de soins ont été identifiées où une usagère partenaire était présente pour aider à mieux cibler la réponse aux usagers. La transversalité de ces trajectoires implique une approche interdisciplinaire, interdirection et intersectorielle avec les partenaires externes communautaires. La révision des processus et trajectoires est basée sur la pertinence. L'approche permet d'avoir une vigie sur l'accessibilité des services.

Il y a une forte volonté d'accroître l'implication d'usagers partenaires ainsi que de personnes proches aidantes dans l'organisation des services et d'autres projets organisationnels. Plusieurs directions utilisent cette approche pour apporter la «voix de l'utilisateur» dans l'équation de la recherche de services répondant aux besoins de l'utilisateur. Un accompagnement et de la formation sont offerts pour permettre à l'utilisateur partenaire de contribuer pleinement. L'approche de soins centrés sur la personne est bien installée au CISSS de la Montérégie-Centre.

Une direction de Santé publique régionale qui s'organise et se veut un allié précieux pour les sous-groupes qui la compose. Plusieurs activités réalisées au niveau de la santé publique méritent une attention soutenue afin de voir l'exportabilité et l'impact sur l'achalandage des diverses clientèles qui composent chacun des réseaux locaux. On peut penser aux interventions faites auprès des personnes utilisateurs de drogues, les jeunes en difficulté (jeunes de la rue) qui ne sont que quelques exemples de clientèle qui peuvent avoir un impact important dans le système de soins et dont les données peuvent être croisées. Il est suggéré d'évaluer l'impact des interventions réalisées sur les différentes clientèles et de voir si des projets porteurs ne pourraient pas être mis en place. Le suivi des clientèles (services intégrés de dépistage et de prévention/SIDEP), qui permet de voir les tendances des clientèles, mérite d'être renforcé par des exemples de projets novateurs, et ce, non seulement au niveau régional, mais national. Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), le Centre d'abandon du tabac doivent être réfléchis en fonction de l'impact que ces offres de services apportent en bénéfices à la population. Dans un contexte d'optimisation, de pertinence et de rareté des ressources, ces questionnements doivent devenir des réflexes, et ce, particulièrement dans un système régional où les ressources sont morcelées par territoire de CISSS. Également, lorsqu'on questionne les professionnels, la tendance est de se référer systématiquement aux données probantes et de maintenir que la preuve de l'amélioration de la santé ou l'impact favorable sur la population ont été démontrés. L'évaluation en continu des services peut apporter un éclairage différent sur l'offre de services à la population et permettre de faire les ajustements le cas échéant.

Le bureau de projet en télésanté est bien structuré et est agile dans la réponse actuelle aux besoins de la clientèle. Dans le processus de télésanté, les visiteurs ont observé une équipe engagée, complémentaire, dynamique et soucieuse du bon déroulement des différents projets dans un cadre clinique, sécuritaire et en cohérence avec les meilleures pratiques.

Pour le volet de la prévention des infections, la structure de gouvernance est en place ainsi que les comités interdisciplinaires. Ces instances assurent une vigie dans les différents milieux, tant hospitaliers qu'extra-hospitaliers. Des audits ont été réalisés dans plusieurs secteurs. Cependant, il est constaté dans quelques sites extra-hospitaliers, les audits n'ont pas été faits pour le lavage des mains.

Il y a eu des efforts au cours des dernières années pour assurer la conformité des services de retraitement des dispositifs médicaux aux normes et bonnes pratiques. Plusieurs politiques ont été revues et seront adoptées prochainement. Une structure de comité interdisciplinaire intra et intersites en place favorise la concertation et des équipes engagées et à la recherche de solutions novatrices pour améliorer la qualité et la sécurité. Une polyvalence dans les différentes postes de travail donne de la souplesse pour faire face aux besoins. Il y a cependant une pression due à l'augmentation du volume d'activité et la complexité du travail. Une vigie devrait être apportée étant donné le manque d'espace. Il est suggéré d'élaborer un plan d'amélioration continue de la qualité tenant compte des meilleures pratiques avec identification d'indicateurs sensibles.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence

Résumé

- Activités de reconnaissance (conciliation travail-famille lorsque c'est possible, début de l'autogestion des horaires...)
- Effort dans les pratiques de gestion pour favoriser la rétention dans plusieurs secteurs d'activités
- Engagement des équipes pour répondre aux besoins de la population
- Recherche de projets porteurs et novateurs
- Collaboration remarquable avec les partenaires externes (Université de Sherbrooke, services publics...)
- Leader et référence pour plusieurs projets d'envergure (Santé publique...)
- Réorientation des usagers de l'urgence vers les cliniques du territoire

Détails :

Chapitre 2

- Engagement des équipes envers le patient, la qualité des soins
- Adaptation à une démographie changeante avec nouveaux besoins
- Projets innovants
- Multiples stratégies de communication à l'interne et à l'externe
- Posture organisationnelle et vision systémique envers la responsabilité populationnelle
- Forte intégration entre l'Université, la recherche et l'établissement

Chapitre 3

- Volonté d'affecter les ressources en tenant compte des priorités stratégiques et de la pertinence clinique
- Équipes intégrées en synergie avec le volet clinique (logistiques matérielles)
- Maintien d'un haut niveau de vigilance concernant la protection des données personnelles
- Planification et suivis budgétaires rigoureux

Chapitre 4

- Outils et processus de support pour les interrogations d'ordre éthique
- Sensibilisation du bien-être au travail
- Outils en place permettant la vigie de la prestation sécuritaire de soins et services

Chapitre 5

- Présence d'un plan d'urgence et de sécurité civile
- Partenariats bien établis avec les équipes des agglomérations
- Fiches réflexes, «code orange»
- Les exercices de simulations sont une préoccupation de l'équipe
- Présence de techniciens en sécurité-incendie (près de 4 sur le territoire)

Chapitre 6

- Structure d'arrimage étoffée ; national, régional et locaux (dans une complexité)
- Expertise et reconnaissance des équipes
- «L'optimisation des services fait partie de notre travail»

Chapitre 7

- Le bureau de projet numérique structure les modalités de télésanté avec des préoccupations déontologiques, éthiques, sécuritaires et cliniques;
- Les outils d'assistance de qualité pour soutenir l'utilisateur dans la réalisation d'un service en télésanté;
- Les processus d'audits sont réalisés régulièrement, avec efficacité et suivis.

Chapitre 8

- La participation active du comité interdisciplinaire de PCI
- Le guide illustré de désinfection des petits équipements de soins de l'hygiène et salubrité : complet et visuel
- L'accessibilité aux résultats des audits d'hygiène des mains pour plusieurs sites
- Tableau de communication, volet PCI, présents dans les sites visités

Chapitre 9

- Efforts d'harmonisation et de mise à jour à poursuivre
- Polyvalence du personnel pour assurer les activités (rotation des équipes)
- Ajustement des ressources en soutien à l'activité et aux équipes (ass. du supérieur immédiat)

Chapitre 10

SOINS PHARMACEUTIQUES

- Implication des pharmaciens dans les secteurs critiques (HématoOncologie, Gériatrie active, insuffisance cardiaque)
- Réalisation du bilan comparatif des médicaments
- Approche multidisciplinaire (Oncologie, UMF — Soins de longue durée)
- Enseignement facultaire et conseils aux patients/familles

SERVICES PHARMACEUTIQUES

- Culture de qualité bien ancrée
- Automatisation et technologie informationnelle de la totalité du circuit du médicament
- Sécurisation du circuit du médicament

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

- Implication à l'enseignement facultaire avec Université de Montréal du 1er cycle (programme Pharm.D) et 2e cycle (Programme MPH)

RECHERCHE

- Évaluation et support aux protocoles de recherche
- Gestion de la médication et conseils aux usagers

Principales opportunités d'amélioration

Résumé :

- Renforcer le partenariat avec les usagers
- Faire un choix judicieux d'indicateurs (MSSS et locaux) qui permet de répondre aux enjeux organisationnels (pertinence, qualité, sécurité)
- Améliorer la concertation interne — externe
- Poursuivre les efforts d'harmonisation (2 comités PCI dans les CH, URDM, Santé publique)
- Maintenir le soutien aux nouvelles recrues et assurer le transfert des connaissances

Détails :

Chapitre 2

- Consolider la place du patient partenaire dans la planification stratégique
- Gérer le changement dans le cadre du nouveau plan stratégique en tenant compte de la nouvelle Loi 15
- Communiquer, déployer, opérationnaliser les projets d'infrastructure
- Promouvoir et valoriser la culture de l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans l'ensemble de l'établissement

Chapitre 3

- Maintenir l'attractivité et l'adhésion
- Réussir les rénovations et constructions dans des structures en fonctionnement
- Soutenir le développement des connaissances chez les nouveaux cadres
- Renforcer la régularité des évaluations de la contribution chez les employés

Chapitre 4

- Finaliser la révision de la gestion intégrée des risques et de l'amélioration de la qualité
- Favoriser l'élaboration de plans d'actions consolidés
- Continuer la promotion de la sensibilisation envers la bienveillance

Chapitre 5

- Définir les attentes des partenaires et préciser les rôles attendus (le CISSS Montérégie- Centre exerce un rôle de coordination avec les autres CISSS de la Montérégie pour certains partenaires lors de situation d'urgences/catastrophes)
- Intégrer les différents sinistres pouvant survenir sur le territoire de desserte dans le plan de sécurité civile et d'urgences (codes de couleurs... blanc, gris etc.)
- Lister les différents sinistres pouvant survenir sur le territoire de manière à poursuivre la préparation lors de telles situations.
- Bonifier le plan de communication (faire des communiqués types, communications aux partenaires externes)

Chapitre 6

- Travailler à «rendre visible, l'invisible»
- Poursuivre la sensibilisation des instances nationales, quant aux conséquences sur les populations cibles de la durée de vie de certaines initiatives mise de l'avant en raison des enveloppes budgétaires qui arrivent tardivement et sans pérennité
- Maintenir les efforts pour assurer une concertation optimale (de nombreux acteurs)
- Poursuivre les efforts pour maintenir les ressources humaines en promotion et prévention en dépit de la rareté dans d'autres secteurs

Chapitre 7

- Soutenir la participation d'usagers partenaires dans l'élaboration des différentes offres de services;
- Favoriser la collaboration avec des partenaires communautaires ex : pharmacie communautaire dans le cadre du projet MAVO (médicaments antinéoplasique administrés par voie orale)

Chapitre 8

- Élaborer une procédure complète sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau incluant le matériel de soins utilisé quotidiennement par les intervenants.
- Impliquer des usagers partenaires dans les comités interdisciplinaires de PCI
- Établir des trajectoires formelles de communication

Chapitre 9

- Revoir la séquence pour traiter le matériel souillé (CHSLD Georges-Phaneuf)
- Revoir les espaces d'entreposage à HCLM à désencombrer et sécuriser
- Renforcer les liens avec les autres secteurs et clients hors sites
- Finaliser le processus de traçabilité à HHR
- Consolider le soutien à la qualité et à la gestion des risques

Chapitre 10

- Pharmacie principale :
- Charge de travail très élevé
- Espace de la pharmacie principale très restreint
- Risque de santé et sécurité au travail pour les employés
- Maintien d'une gestion de proximité dans toutes les transformations transversales
- Satellite oncologie —
- ↑↑ du nombre de patients et de la charge de travail
- ↑ support par assistant technique pour que le pharmacien puisse consacrer plus de temps aux soins et conseils aux usagers

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Décision d'agrément

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

Le statut d'agrément est :

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

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

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Centre administratif (Saint-Hubert/Cousineau)	Santé publique
Centre administratif (Saint-Hubert/Cousineau)	Télésanté
Centre de services ambulatoires en santé mentale de l'Avenue Victoria	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de services ambulatoires en santé mentale de l'Avenue Victoria	Gestion du circuit du médicament
Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu	Gestion du circuit du médicament
Centre externe de néphrologie Saint-Lambert	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre externe de néphrologie Saint-Lambert	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Georges-Phaneuf	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Georges-Phaneuf	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Henriette-Céré	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Henriette-Céré	Services de retraitement des dispositifs médicaux

Installation	Chapitre
CHSLD Henriette-Céré	Gestion du circuit du médicament
CISSS de la Montérégie-Ouest (CLSC de Vaudreuil)	Santé publique
CISSS de la Montérégie-Est (CLSC Gaston-Bélanger)	Santé publique
CLSC Saint-Hubert	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Saint-Hubert	Gestion du circuit du médicament
CLSC Samuel-de-Champlain	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Samuel-de-Champlain	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Samuel-de-Champlain	Gestion du circuit du médicament
GMF-UMF St-Hubert	Programme de prévention et de contrôle des infections
GMF-UMF St-Hubert	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Charles-Le Moyne	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Charles-Le Moyne	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Charles-Le Moyne	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Jour HRR	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Jour HRR	Gestion du circuit du médicament

Installation	Chapitre
Hôpital du Haut-Richelieu	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital du Haut-Richelieu	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital du Haut-Richelieu	Gestion du circuit du médicament
Institut Nazareth et Louis-Braille Longueuil	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison de naissance du Richelieu	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison de naissance du Richelieu	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CISSS de la Montérégie-Centre (Services administratifs - Longueuil)	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS de la Montérégie-Centre (Services administratifs - Longueuil)	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS de la Montérégie-Centre (Services administratifs - Longueuil)	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS de la Montérégie-Centre (Services administratifs - Longueuil)	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CISSS de la Montérégie-Centre (Services administratifs - Longueuil)	Santé publique

Résultats selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	33	2	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	15	2	0	17
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	12	0	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	0	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	41	0	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	174	14	5	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	200	17	2	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	42	6	0	48
Total	539	41	7	587

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	0 / 5	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		61 / 69	88.41%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

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

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

Résultats de l'évaluation :

Chapitre 2

Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Le chapitre permet d'avoir une vision globale sur différentes fonctions de gestion qui s'articulent autour des orientations stratégiques permettant l'offre de service garantissant une prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Le CISSS de la Montérégie-Centre a déjà entamé la réflexion sur les nouvelles orientations stratégiques 2023-2027. Il s'agit essentiellement d'une posture organisationnelle, qui par les mandats régionaux qu'elle chapeaute, apporte une responsabilité locale, mais aussi interdépendante au bénéfice de la population en Montérégie. D'ailleurs, pour plusieurs mandats régionaux, à part le territoire propre des deux réseaux locaux de services (RLS), Champlain et Haut-Richelieu-Rouville, le territoire de desserte comprend presque 1,6 million de personnes.

La direction générale et l'équipe de direction portent conjointement la mission, la vision, les valeurs organisationnelles et les engagements de l'établissement. Le tout est articulé autour du Plan santé ministériel avec trois enjeux stratégiques bien définis : le premier comporte la transformation plus humaine du travail permettant une meilleure utilisation des ressources; le deuxième implique la culture participative et la synergie des différents acteurs envers la promotion de la santé; enfin, le troisième c'est un accès aux soins et services en temps opportun, impliquant une culture d'amélioration continue vers le changement et l'adaptation des services aux nouveaux besoins des usagers, et cela dans un environnement de prestation sécuritaire de l'offre de service. Ces principaux enjeux sont par la suite déclinés en orientations et projets stratégiques. Ceux-ci sont traduits dans des plans opérationnels qui ont des indicateurs de réussite.

La direction est invitée à poursuivre ses travaux de planification stratégique pour la prochaine période quinquennale 2023-2027 et à se projeter dans l'avenir, fort de l'expérience pandémique vécue depuis plus de 3 ans. Les services offerts sont évalués et des ajustements sont apportés selon les résultats de l'évaluation. Un défi pour l'établissement est de promouvoir et valoriser la culture de la qualité et de la sécurité dans l'ensemble de l'établissement de manière équilibrée et uniforme, impliquant toutes les branches et tous les niveaux professionnels, quelle que soit la localisation des structures. Ceci en tenant compte du renouvellement de la main-d'œuvre.

Les partenariats externes sont nombreux et complémentaires afin que la trajectoire clinique de l'utilisateur ayant reçu des services intrahospitaliers puisse bénéficier, dans sa communauté. Il y a cependant du travail à faire pour assurer que la trajectoire de l'utilisateur puisse être un continuum de services dans le cadre d'une chaîne de soins ininterrompus. En effet, sans un relais dans la continuité des services nécessaires pour assurer son rétablissement, l'utilisateur est toujours à risque de se retrouver à demander des soins en urgence. Sur ce point, plusieurs projets ont été implantés pour mieux encadrer le cheminement des usagers et assurer une meilleure fluidité. Il faut mentionner des trajectoires qui ont porté des résultats intéressants et qui sont devenues des projets pérennisés, par exemple la réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente vers les sites de première ligne; le projet Paramédecine; l'unité d'intervention brève en santé mentale et hospitalisation à domicile. La pratique organisationnelle requise touchant le cheminement des usagers est conforme.

Autre aspect intéressant et domaine d'opportunité qui se sont renforcés depuis quelques années sont la forte collaboration et affiliation avec les maisons d'enseignement et particulièrement l'Université de Sherbrooke, la recherche (avec le Centre de recherche de Charles-Le Moyne) et l'établissement facilitant le transfert des connaissances en soins de santé. Cela permet d'intégrer les besoins de l'établissement de santé dans la planification académique pour former le personnel et promouvoir des initiatives qui adaptent les compétences de formation et de recherche aux changements culturels et sociaux actuels.

Le suivi opérationnel se fait au comité de direction. Les plans opérationnels sont bien alignés avec les priorités. Il y a un travail de cartographie des projets qui se fait visant la pondération de différents aspects organisationnels et l'évaluation du ratio gain\impact. Le but est d'objectiver la priorisation des projets permettant un choix judicieux.

En matière de pistes d'amélioration, l'établissement est encouragé à continuer de promouvoir la place de l'utilisateur partenaire dans les comités décisionnels pour apporter la «voix de l'utilisateur» dans l'équation de l'organisation des services.

Dans le but d'assurer la sécurité et la continuité des opérations dans l'établissement, l'équipe de direction reconnaît qu'avec les changements de l'environnement social, réglementaire et le contexte actuel il est important de gérer le changement. Cet aspect demeurera l'une des conditions de mobilisation pour l'équipe de direction afin d'entraîner un effet mobilisateur pour l'ensemble des collaborateurs et partenaires.

Le comité d'éthique contribue aux activités de sensibilisation et d'intervention sur les dilemmes éthiques. Des informations pertinentes sont disponibles sur le site intranet du CISSS. Les membres du comité rencontrés reconnaissent la pertinence de développer une fonction d'accompagnement et de conseil aux équipes cliniques et ils sont encouragés en ce sens. Parmi les défis du comité, il y a la sensibilisation élargie à des situations éthiques potentielles et les nouveaux enjeux cliniques avec un bassin de population à démographie changeante.

Pour le volet de l'éthique organisationnelle, il y a un travail de base à faire. L'éthique organisationnelle prend notamment en compte les techniques de management, les styles de leadership, les politiques institutionnelles, le climat éthique des organisations de soins, hospitalières et autres. C'est un peu un idéalisme de valeurs contextualisé dans la réalité de tous les jours dans les organisations de santé. C'est aussi un nouveau rôle qu'assume chaque employé, gestionnaire et directeur. Le comité est encouragé à poursuivre la réflexion sur ce sujet.

Finalement, l'éthique de la recherche commence à être organisée de l'interne. Étant déjà très réglementé par la législation, il y a un comité qui s'occupe des validations des demandes.

Dans un contexte où la bonne information est source de rassurance, l'équipe de direction est soucieuse de communiquer régulièrement et efficacement avec les parties prenantes de l'établissement dans une optique de saine collaboration. De nombreux outils de communication servent à informer les usagers et les différents intervenants, tant à l'interne qu'à l'externe (ex. : affichage, brochures, site web, réseaux sociaux, intranet).

À titre d'exemple, il convient de souligner quelques initiatives : les communications pour s'assurer de la capacité des employés à être informés et pouvoir accéder à des informations organisationnelles pertinentes pendant la période de COVID 19 (I-Centre, et les médias sociaux); la mise en place pour la population de la Montérégie d'un site web unique pour le territoire.

L'établissement est encouragé à poursuivre les sondages sur la communication effectués sur les différentes plateformes à disposition des utilisateurs. Ces sondages permettront de dégager des zones d'amélioration qui pourront faire l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires responsables. Il est suggéré d'y attacher des cibles mesurables pour permettre l'évaluation en temps et lieu de l'outil utilisé pour rejoindre un public cible et atteindre son but.

Pour le volet de développement durable et gestion écoresponsable, l'établissement a voulu prioriser ce volet avec un encadrement et la création d'un comité de développement durable et des comités locaux. Il existe une planification quinquennale avec un registre interactif des initiatives. De plus, l'établissement s'est doté d'un système pour faciliter la collecte et analyse des données. Plusieurs politiques incitatives ont été entérinées et des projets implantés.

Parmi les défis de l'établissement, il y a celui de conserver sa capacité de se doter des infrastructures adéquates à l'accomplissement de ses mandats. L'évolution vers des soins centrés sur la personne qui sont progressivement déployés dans l'établissement fait également partie des engagements de la direction. La gouvernance (en attendant l'application de la nouvelle loi 15) doit s'assurer de maintenir une structure organisationnelle qui lui permet l'accomplissement de tous ses mandats, au delà des personnes et de tenir compte des trajectoires des usagers pour s'assurer du continuum de service.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

Évaluation du chapitre : 97,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Chapitre 3

Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Ce chapitre permet de voir la planification, le déploiement et la gestion des différents secteurs en tenant compte des priorités organisationnelles. Il permet également d'évaluer les pratiques de gestion en ce qui concerne la sécurité informationnelle, le recrutement et les stratégies mises de l'avant pour assurer une main-d'œuvre compétente, engagée et à l'image de la communauté.

L'établissement est soucieux d'offrir un milieu de travail sain et sécuritaire. Diverses stratégies sont élaborées pour aider le personnel à prendre en charge leur santé et aider à la conciliation du travail et de la vie personnelle. L'établissement s'assure d'offrir de la formation et du perfectionnement sur différentes thématiques ayant trait à la sécurité des usagers. Cette pratique organisationnelle requise (POR) est conforme. Il existe plusieurs politiques de gestion des ressources humaines qui ont été révisées et mises à jour.

L'établissement est encouragé à outiller les gestionnaires afin de reconnaître les signes précurseurs de stress psychologique qui peut être présent chez les employés.

L'établissement est encouragé à s'assurer que l'application de la pratique entourant la rencontre portant sur l'évaluation de la contribution au rendement est plus rigoureuse. Il s'agit d'un outil qui permettra de mieux encadrer le développement et de donner de la rétroaction à l'employé. De plus, cela permet d'effectuer un recensement des besoins de formation.

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique, le cas échéant, et autres éléments qu'on s'attendrait à avoir dans le dossier. Il y a une vérification du casier judiciaire avant l'embauche. La gestion des dossiers est dans un processus de transition en étant en partie papier et en partie électronique. L'emplacement des dossiers des employés est sécuritaire et permet le respect de la confidentialité.

Les outils de suivi des plans d'action de la direction des ressources humaines devront être peaufinés pour inclure des objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini) pour permettre un suivi objectif de l'avancement des travaux. Ces indicateurs devraient permettre d'orienter les efforts de recrutements qui sont un enjeu majeur pour le secteur de la santé. Il y a un programme d'accueil structuré pour les employés. L'établissement est encouragé à revoir le volet de reconnaissance des employés en tenant compte du contexte changeant intergénérationnel.

Le milieu est sensible à l'importance du respect de la confidentialité et des activités de sensibilisation sont prévues à cet effet. Une politique relative à la sécurité de l'information est élaborée et divers mécanismes de contrôle en découlent. Une politique et des procédures d'accès au dossier de l'utilisateur sont disponibles sur le site web de l'établissement.

Toutes les politiques et tous les mécanismes de surveillance sur la confidentialité et la sécurité des systèmes d'information et de protection des données sont en place. Le principe de l'approche centrée sur l'utilisateur en matière d'information est apparent dans les différentes communications.

L'équipe de gestion des ressources humaines est encouragée à continuer dans l'appropriation des outils informatiques à disposition afin de maîtriser l'état de situation de leurs ressources.

Pour le volet des ressources financières et les priorités de développement, elles sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et la direction générale. Les services administratifs procèdent à la préparation du budget. Pour le moment, il ne s'agit pas d'un budget à l'activité, mais plutôt un mélange entre la volumétrie et l'historique.

Le cycle budgétaire (budget de fonctionnement et budget d'investissement) est bien défini et géré de manière rigoureuse. Dans le cadre de ce processus de budgétisation, la direction des finances collabore de près avec l'ensemble de l'équipe de direction. L'allocation des ressources est basée sur des critères bien établis et tient compte des priorités cliniques et stratégiques. L'imputabilité du suivi budgétaire repose principalement sur la haute direction, mais il y a une coresponsabilité dans les suivis. Il y a des vérifications internes permettant de vérifier la conformité aux lois et règlements régissant la gestion des ressources.

Un contrôle financier étroit de l'utilisation des ressources est effectué, ce qui n'empêche pas qu'on fasse des ajustements lorsqu'ils sont justifiés. Les gestionnaires qui s'occupent des achats et approvisionnements sont guidés par des règlements applicables à la politique d'achat qui est encadrée par un code de bonne conduite.

Plusieurs politiques et procédures encadrent la gestion des ressources matérielles. Parmi les défis de l'établissement, il y a celui de conserver la capacité de doter l'organisation des infrastructures adéquates à l'accomplissement de ses mandats et cela tenant compte du contexte postpandémie relié au coût de matériaux et rareté de main-d'œuvre. L'évolution vers des soins centrés sur la personne qui sont progressivement déployés dans l'établissement fait également partie des engagements dans les projets de rénovation et de construction. Sur ce sujet, les différents comités en place (Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières — PCFI, Bureau de projets organisationnels — BPO, entre autres) qui s'assurent de maintenir une structure organisationnelle qui lui permettent l'accomplissement de tous ses mandats, au-delà des personnes et de tenir compte des trajectoires des usagers, ont une influence positive étant donné que la pertinence et la qualité sont déjà des concepts qui sont présents sur le terrain.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.1	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour déterminer les caractéristiques et les valeurs clés requises pour tous les titres d'emploi, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

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

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

Résultats de l'évaluation :

Chapitre 4

Gestion de la qualité et des risques

Ce chapitre définit les responsabilités et les fonctions des gestionnaires en matière de gestion des risques au sein de l'établissement et des moyens que ces derniers doivent mettre de l'avant pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires et de qualité aux usagers, ainsi que pour soutenir les projets et les initiatives qui visent l'amélioration continue de la qualité. D'ailleurs, une bonne compréhension des risques liés à la santé et à la sécurité de la part des gestionnaires permet à toute personne d'être proactive pour ce qui est de repérer les situations à risque et de veiller à mettre en œuvre des mesures préventives et correctives afin de résoudre ou d'atténuer ces situations.

Dans ce contexte, ce chapitre contient plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) qui touchent la santé organisationnelle, mais aussi des pratiques sécuritaires pour l'offre de services auprès de la population.

Des ressources sont allouées pour doter le service qualité de plusieurs qualitiens qui interviennent à titre de conseils dans l'ensemble de l'établissement. Le volet de la gestion des risques ainsi que l'analyse des insatisfactions des usagers (par le Commissaire aux plaintes et la qualité des services) sont des éléments qui ajoutent au levier d'amélioration continue à la sécurité des soins.

Une politique relative à la prévention de la violence en milieu de travail (qui est une POR) a été élaborée. Elle fait référence aux menaces provenant d'un usager ou d'un collègue et précise les axes préventifs, ainsi que les mécanismes d'accompagnement des victimes et d'enquête. De la sensibilisation est effectuée et l'établissement est invité à continuer ses stratégies de communication à cet égard. Il existe un programme d'aide psychologique externe qui est disponible aux employés. La POR est conforme aux critères d'évaluation.

La politique touchant la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers a été élaborée avec l'apport d'un usager partenaire qui est aussi présent au comité de gestion des risques. Plusieurs activités de sensibilisation et de formation sont offertes incluant une boîte à outils facilement accessible par intranet. Les déclarations d'événements indésirables sont analysées systématiquement et de la rétroaction est portée. Les personnes rencontrées reconnaissent la nécessité de consolider les pratiques de déclaration des événements indésirables et la pertinence de porter une attention particulière aux accidents et incidents. De plus, des procédures d'analyse approfondie permettent d'aller identifier les causes souches des incidents et apporter des actions correctives ciblées. Cette POR est conforme aux critères d'évaluation.

De même, pour le POR touchant la divulgation des incidents liés à la sécurité. On note aussi l'effort de la contribution du volet médical dans l'approche pour la divulgation tant primaire que secondaire. Pour vulgariser le processus de la divulgation, l'établissement a rendu disponibles aussi quatre balados pour expliquer le processus. Cette POR est conforme aux critères d'évaluation.

Des politiques touchant la sécurisation culturelle (en cours), la maltraitance et la diversité culturelle sont en place et accompagnées de formations et d'outils de sensibilisation. Pour le volet de la sécurisation

culturelle, on note un arrimage inter-CISSS de la Montérégie. Le volet de la maltraitance a aussi été revu en tenant compte des nouvelles directives ministérielles et de l'élargissement du champ d'intervention.

Le bilan comparatif des médicaments est une priorité organisationnelle et son application est adaptée au contexte et au milieu. Il y a une politique-cadre avec des procédures spécifiques pour les milieux. Cette POR est conforme aux critères d'évaluation.

La POR sur le programme d'entretien préventif est bien encadrée avec une politique et l'outil de Gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Les entretiens préventifs sont programmés avec un plan cyclique annuel. Pour une partie du parc d'équipement, l'entretien est effectué avec des contrats de service externes avec rapport de suivi. Un comité de révision d'entretien préventif permet d'évaluer l'efficacité du programme. Il y a aussi une vigie continue sur les alertes et rappels reliés aux équipements médicaux. Cette POR est conforme aux critères d'évaluation..

L'établissement dispose de plusieurs autres plans d'action pour actualiser une culture de qualité, notamment un plan en lien avec les pratiques organisationnelles requises et des plans permettant la gestion des risques à tous les niveaux. L'établissement est invité à veiller à son appropriation et à sa mise en œuvre et, possiblement, à travailler sur la consolidation des plans d'action qui souvent ont des actions qui se chevauchent. En bref, une approche transversale avec le volet de pratique clinique peut apporter des résultats constructifs.

De façon générale, l'établissement est encouragé à inclure un usager partenaire dans différents comités pour bénéficier de l'apport du point de vue de l'utilisateur dans l'amélioration continue et la prestation sécuritaire des soins et services.

L'approche intégrée de gestion des risques et qualité est en révision. Cela a permis aussi de revoir la cartographie des risques existante et la mettre à jour et de rendre possible l'actualisation du programme en regard de l'inventaire des risques organisationnels et les mesures d'atténuation. L'établissement est encouragé à reprendre le «bâton du pèlerin» pour diffuser l'information aux équipes de façon qu'il s'approprie des risques identifiés et les actions d'amélioration afin de les responsabiliser à l'effort collectif à faire dans la réalisation d'une prestation sécuritaire des soins. Dans cette même optique, il est fortement recommandé de poursuivre l'implantation de la stratégie LEAN dans tous les secteurs avec des salles de pilotage (stratégique, tactique, et opérationnelle).

Des analyses prospectives sont effectuées par le service de qualité qui contribue à l'évaluation de risque pour les usagers. Plusieurs audits de qualité sont réalisés annuellement sur plusieurs thématiques et il y a une rétroaction auprès des équipes pour permettre d'apporter des correctifs au besoin.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Un plan de sécurité civile a été réalisé durant l'année 2023 et est en voie d'intégration auprès des équipes. Il inclut la prévention, la préparation, les éléments de formation des équipes, la planification, l'intervention et le rétablissement. Également, des fiches réflexes ont été rédigées en 2023 afin que l'établissement puisse affronter une arrivée massive de blessés ou de sinistrés. L'équipe est encouragée à faire la diffusion de ces documents auprès des équipes locales et peut-être d'en synthétiser le contenu afin de le rendre facile d'accès lors d'urgence.

L'équipe compte près de 4 équivalents temps complet de techniciens en prévention des incendies, ce qui permet de préparer les différentes installations à faire face à un tel événement. L'équipe est invitée à documenter les exercices de simulations et à tenir un registre à jour des formations faites dans les différents services de l'établissement.

L'équipe du service des mesures d'urgence et de la sécurité civile du CISSS de la Montérégie-Centre s'est dotée d'une structure de gouvernance et d'un mandat; il a défini les rôles, celui attendu des gestionnaires du CISSS de la Montérégie Centre, de même que son propre rôle. Il est noté que pour les partenaires externes, le CISSS de la Montérégie-Centre est le lien privilégié lors de situations d'urgence ou de catastrophes, ils sont contactés pour ce qui arrive en Montérégie Est et Ouest. Ce rôle de coordination mérite d'être clarifié et des mécanismes doivent être définis, car cela pourrait permettre de réduire les enjeux de communication pour les équipes locales. Avoir l'information en temps réel et en continu lors de telles situations est une prérogative pour les partenaires externes, mais également pour l'ensemble des intervenants des territoires de la Montérégie.

L'équipe doit poursuivre les efforts afin de structurer les processus en suivi d'une urgence ou d'un sinistre.

Enfin, l'équipe est invitée à définir et clarifier les contours des mesures d'urgence et de la sécurité civile avec l'équipe régionale de la santé publique. Cette dernière a rédigé un plan de mobilisation en cas de menace à la santé en Montérégie en 2023 et il peut être difficile de reconnaître les niveaux d'autorité et de gouverne.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.4.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale

Santé publique

Évaluation du chapitre : 90,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La Santé et le bien-être de la population représentent les assises du plan d'action régional de santé publique en Montérégie. L'offre de service de la Direction régionale de la Santé publique s'appuie sur la Loi sur la santé publique, le programme national de santé publique 2015-2025 et le plan d'action interministériel 2022-2025. Les thématiques prioritaires sur lesquelles travaille l'équipe régionale du CISSS de la Montérégie-Centre sont : la préparation prochaine à une urgence sanitaire en matière de mobilisation des ressources, la personne âgée en santé, le développement optimal de l'enfant, la promotion de la santé mentale particulièrement auprès des jeunes de 18 à 24 ans et le défi des changements climatiques par le fait même du développement durable. Des axes transversaux dont la vaccination, les infections nosocomiales dans les divers milieux de vie, la prévention des maladies infectieuses et plusieurs autres volets viennent confirmer l'offre de services.

Il convient de souligner le dynamisme et la volonté d'améliorer l'état de santé de la population chez l'ensemble des équipes rencontrées. Il est remarquable de voir la stabilité de l'équipe qui découle, selon plusieurs, de la reconnaissance et du leadership de la gouverne en place.

Une direction proactive qui fait preuve d'un professionnalisme et d'un engagement envers la communauté, non seulement de la partie centre du territoire, mais des alliés des régions de la Montérégie-Est et de la Montérégie Ouest.

La place d'une direction régionale articulée et solide telle que celle du CISSS de la Montérégie-Centre mérite l'attention des gouvernes tant locales que nationales.

Les équipes sont invitées à promouvoir davantage les initiatives selon un rapport coût/bénéfice, non seulement financier, mais sur la santé et le bien-être des différentes populations desservies. Des gains importants sont possibles grâce aux initiatives développées localement.

L'enjeu du financement tardif et non récurrent pour des projets bénéfiques pour la population ne permet pas toujours de pérenniser les interventions ou les actions mises de l'avant sur une longue période. Les équipes sont encouragées à réfléchir à la manière d'optimiser et de valoriser certains projets porteurs mis en place dans l'optique de constituer un banc d'essai pour d'autres établissements du réseau de la santé. Le nombre important d'initiatives mises de l'avant doit être évalué dans un contexte de rareté des ressources, d'amélioration continue et de pérennisation.

L'iniquité est soulevée comme étant un enjeu dans les ententes MSSS et le ministère de l'Éducation. Les partenaires du secteur de l'éducation mentionnent recevoir beaucoup de recommandations, mais ont peu de moyens de les appliquer. Parfois, ils n'arrivent plus à suivre, compte tenu du nombre de recommandations et d'intervenants impliqués.

La concertation (près d'une centaine de tables de concertation) entre les instances locales et régionales est favorisée et engagée. L'équipe est encouragée à faire rayonner les projets qui ont un impact favorable sur la santé non seulement auprès des parties impliquées, mais aussi auprès de la population concernée. Ces projets sont souvent méconnus du public et il ne faut pas penser que publiciser davantage fera en sorte qu'on ne pourra pas faire face à une affluence plus grande de la clientèle dans un contexte de rareté des ressources.

Des mécanismes de gouvernance sont en place et permettent aux CISSS des différents territoires de travailler ensemble. La table de coordination régionale et d'autres activités de concertations sont déployées afin de rejoindre les divers sous-groupes plus vulnérables de la population. Cependant, il faut s'interroger sur le nombre de ressources affectées et l'impact sur la santé de la population de plusieurs programmes. À titre d'exemple, pour le SIDEP-SIDEP+, on retrouve 2,8 équivalents temps complet (ETC) pour le territoire du CISSS de la Montérégie-Centre. L'évaluation des actions et des bienfaits sur la population est à faire en continu de manière à voir l'impact sur les populations concernées.

La Direction de la Santé publique offre une souplesse dans l'organisation du travail et reconnaît l'équipe pour sa contribution. L'équipe mentionne avoir « une vie sociale active », de l'accompagnement, des horaires flexibles et adaptés à la réalité d'aujourd'hui. Il n'est pas rare de rencontrer un membre de l'équipe qui détient plus de 20 années de travail au sein de la direction.

Les plans de surveillance des maladies infectieuses, de gestion des menaces et de la santé environnementale sont bien développés et fonctionnels. À cet égard, une grille de mesure à utiliser lors d'un événement est disponible afin d'optimiser les interventions réalisées tout en maintenant la cohésion de l'équipe. Un logigramme détaillé pour le déclenchement du plan de mobilisation est également disponible. Le plan de mobilisation des ressources en cas de menace pour la santé en Montérégie vient d'être rendu disponible aux différents professionnels.

La rétroaction aux diverses parties pour donner suite à des événements déclarés à la Direction de la Santé publique, de même que la publicité des interventions réalisées, est à promouvoir.

Montérégie Est et Montérégie Ouest

Les équipes sont mobilisées et engagées à élargir leurs services afin de rejoindre la population de leur vaste territoire. Toutefois, les effets de la pandémie se font fortement sentir dans ces équipes de première ligne qui perçoivent que leurs mandats passent après plusieurs autres.

L'équipe est invitée à s'assurer de faire l'évaluation des différentes actions de soutien aux pratiques parentales et de voir dans quelle mesure elles rejoignent la population et comment des améliorations peuvent être modifiées le cas échéant.

Les services délégués aux points des services locaux ne devraient pas être faits en réponse au besoin de déplacer des ressources de la première ligne. L'inquiétude des intervenants de se retrouver en mode curatif plutôt qu'en mode préventif est très présente. La promotion de la santé et la prévention par des services de proximité devraient être une priorité.

Également, l'inégalité entre les services offerts sur les territoires de la grande région de Montérégie augmente les écarts d'accessibilité et de proximité. Une analyse des besoins spécifiques par territoire de réseau local de service (RLS) aiderait à bien déployer les ressources.

En ce qui concerne les points qui méritent une attention particulière de la part de la direction de la Santé publique régionale, il convient de souligner :

- L'accessibilité aux services et aux thérapies de remplacement de la nicotine qui n'est pas uniforme pour toute la population du territoire de la Montérégie Est.
- La défavorisation économique et la différence entre les personnes ayant un accès ou pas à une assurance privée augmentent l'écart de l'injustice sociale dans le programme de cessation du tabagisme.

Afin de pouvoir répondre aux besoins de la population en temps opportun, la direction aurait intérêt à revoir la disponibilité des ressources en Montérégie Ouest. Un point de vulnérabilité réside dans le fait qu'une seule infirmière a la responsabilité du suivi du programme SIDEP (Services intégrés de dépistage et de prévention des infections). Une analyse des besoins populationnels avec le déploiement d'une équipe plus grande en proximité pour répondre aux besoins croissants dans la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est fortement encouragée.

Une entente formelle interétablissement précise l'imputabilité de chacun des trois CISSS dans le cadre du programme de la santé publique. Le travail en partenariat est très présent avec la Direction régionale de santé publique, les organismes communautaires, les municipalités et le milieu de l'éducation. L'accueil de la clientèle immigrante présente de nouveaux défis. Le besoin d'avoir un service spécialisé en immigration se fait de plus en plus sentir.

L'établissement est encouragé à renforcer la première ligne et les divers programmes de promotion et de prévention afin d'agir en amont des problématiques de santé et de réduire l'impact sur les besoins en consultation dans les services des urgences.

Il convient également de souligner les projets de fierté des équipes tels que : Capsules pour les nouveaux parents, projet Aire ouverte.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.2	La Direction de santé publique porte une attention particulière, dans son plan de surveillance, aux inégalités sociales et de santé.	Priorité élevée
6.3.1	La Direction de santé publique offre des services de soutien aux pratiques parentales appuyés sur des données probantes qui permettent de rejoindre un ensemble de parents, dans une pratique universelle.	Priorité normale
6.3.2	La Direction de santé publique rejoint les personnes proches aidantes qui vivent en contexte de vulnérabilité et leur offre des services intégrés adaptés à leurs besoins.	Priorité élevée
6.3.7	La Direction de santé publique offre des services dentaires préventifs réputés efficaces, et adaptés au milieu scolaire auprès des enfants à risque de carie dentaire.	Priorité normale
6.3.17	La Direction de santé publique déploie des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, qui répondent aux meilleures pratiques en la matière.	Priorité normale

Télésanté

Évaluation du chapitre : 97,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au cours de la pandémie de la COVID-19, l'établissement s'est mobilisé afin d'assurer une prestation de services tout en respectant les règles de confinement et de la distanciation physique pour la protection de la santé des usagers et des professionnels, ce qui a contribué à l'essor de la téléconsultation.

Les assises de la télésanté sont comprises par l'établissement. Il dispose d'une structure de gouvernances complète impliquant des usagers partenaires ainsi qu'un comité tactique local représentant l'ensemble des directions. L'arrivée du bureau de projet en mars 2022 ainsi qu'à l'automne 2023 et l'élaboration de la vision intégrée dans le plan de la transformation numérique viennent solidifier la structure de gouvernance.

Cette instance est en mesure d'accompagner les équipes dans les demandes d'analyse de projet en télésanté, de les prioriser en cohérence avec les valeurs organisationnelles et les priorités du plan stratégique. Un processus rigoureux est en place pour surveiller et mettre en place différentes vigies afin de contrer d'éventuelles cybermenaces. Un travail collaboratif est démontré entre le bureau de projet numérique et la direction des ressources informationnelles. Le souci de la sécurité et de la qualité fait partie intégrante du processus de télésanté.

Le guide de référence permet de baliser et d'encadrer la pratique. La télésanté offre une modalité supplémentaire dans l'actualisation des offres de services. Différents outils et des formations sont disponibles pour accompagner les intervenants appelés à réaliser des interventions en télésanté. Des offres de services distinctes à des programmes clientèle sont développées.

Trois cas traceurs répondants à des besoins populationnels différents ont été observés. Le bureau de projet numérique est encouragé à ajouter et à soutenir la participation d'utilisateur partenaire dans l'élaboration des différentes offres de services. Des audits et des sondages de satisfactions ont été réalisés et les résultats sont présentés aux usagers concernés.

Coup de cœur pour le suivi en milieu de vie pour les usagers sous médication antinéoplasique administrée par voie orale (MAVO). Ce projet innovant intègre le développement clinique et la recherche. Il assure une meilleure prise en charge dans la gestion des symptômes pour les usagers sous MAVO. Sans oublier les autres projets novateurs présentés, un grand souci à répondre aux besoins de la population a été constaté.

Les usagers et les usagers partenaires démontrent la satisfaction des services et des soins ainsi que le soutien apporté dans leur parcours de soins et de services.

Des équipes engagées, à l'écoute des besoins des usagers et soucieuses d'y répondre, ont été observées.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure organisationnelle qui vise à enquêter, répondre et assurer le suivi des allégations de violation des droits d'un usager en collaboration avec les usagers.	Priorité élevée

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 84,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,5 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les politiques, les procédures et les protocoles sont en place et appliqués par le personnel des différents services. La structure et le plan de gouvernance représentent les implications de chaque direction pour assurer leurs responsabilités et leurs fonctions qui sont attirées dans le processus de prévention et de contrôle des infections.

Le volet hospitalier et le volet hors hospitalier sont présents. Il convient de souligner la participation active des comités interdisciplinaires. Les solutions proposées dans le cadre des rencontres de ces comités donnent les lignes directrices favorables dans l'atteinte des objectifs pour la protection des usagers afin de prévoir et de s'ajuster régulièrement aux différents changements.

Les principes et les mesures de prévention et contrôle des infections pour le volet hospitalier et hors hospitalier sont mis en application et sont flexibles selon les besoins des usagers.

Lors des visites réalisées dans les différentes unités de courte durée, de longue durée et dans la communauté, les résultats des audits d'hygiène des mains sont affichés selon les besoins du secteur (installation, titre d'emploi, unité de soins, etc.). Des tableaux PCI sont présents sur certaines unités dans plusieurs installations, ce qui permet de regrouper les informations pertinentes en lien avec le sujet au même endroit. Au cours de la dernière année, les équipes n'ont pas participé à des évaluations des pratiques établies en matière d'hygiène des mains dans certains secteurs (Centre de services ambulatoires en santé mentale de l'avenue Victoria, Clinique externe de néphrologie Saint-Lambert, CLSC St-Hubert, GMF-UMF St-Hubert).

Dès son arrivée au service des urgences, l'utilisateur est impliqué dans une trajectoire pour le dépistage des différents pathogènes en fonction des facteurs de risque.

Il est important de souligner la mobilisation importante de l'équipe de l'hygiène et salubrité dans la création et l'adaptation d'outils, comme le guide illustré pour le nettoyage et la désinfection du petit équipement et la fiche de travail qui sont détaillés afin de s'assurer d'une prestation de travail de qualité. De plus, cette équipe est en proximité avec les équipes de soins, elle est proactive dans la réalisation d'audits, l'intégration d'un nouvel employé et les suivis en cours d'emploi.

Des formations sont disponibles à l'embauche ainsi que de la formation de perfectionnement tout au long du parcours de l'employé.

L'établissement est invité à poursuivre ses démarches pour intégrer un usager partenaire dans les différents comités ainsi que leur contribution dans l'élaboration et dans la révision de différents documents.

La communication établie avec des usagers et les personnes proches aidantes démontre la satisfaction des services et des soins ainsi que le soutien apporté aux personnes proches aidants.

L'établissement est invité à :

- Revoir l'aménagement des locaux pour établir une séquence sécuritaire dans le traitement du matériel souillé au CHSLD Georges-Phaneuf;

- Réaliser des audits et des activités de formation sur l'hygiène des mains dans toutes les installations de l'établissement;
- Élaborer une procédure complète sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
8.2.9.1	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.2	Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.	
8.2.9.3	Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.	
8.2.9.4	Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.5	Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.	
8.2.20	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique d'immunisation pour la main-d'œuvre.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.28	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	Priorité normale
8.2.30	<p data-bbox="383 520 1179 611">L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p> <p data-bbox="383 680 1179 863">8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul data-bbox="634 863 1179 1262" style="list-style-type: none"> • faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); • mesurer l'utilisation d'un produit; • inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; • évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). <p data-bbox="383 1289 1179 1440">8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.</p> <p data-bbox="383 1467 1179 1591">8.2.30.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.</p>	POR

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 66,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 33,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les services de retraitement des dispositifs médicaux sont des secteurs très sensibles en matière de risques pour la qualité des services et la sécurité des usagers.

L'établissement a fait beaucoup d'efforts au cours des dernières années pour assurer la conformité de ses services de retraitement des dispositifs médicaux aux normes et bonnes pratiques. Il a réalisé de nombreux travaux d'aménagement à l'Hôpital du Haut-Richelieu et des travaux sont en planification pour l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Plusieurs politiques et procédures ont été révisées ou élaborées, mais n'avaient pas fait l'objet d'une adoption formelle par les instances organisationnelles lors de la visite. La traçabilité est de plus en plus présente et devrait être réalisée sous peu à l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Une structure de comité interdisciplinaire intra et inter sites est en place, ce qui favorise la concertation nécessaire dans un contexte d'utilisation d'outils communs dont la traçabilité nécessite une approche harmonisée et commune pour éviter qu'une intervention de l'un ait un impact non souhaité sur l'autre. Les équipes sont engagées et sont à la recherche de solutions novatrices pour améliorer la qualité et la sécurité tant des pratiques de retraitement que dans l'organisation du travail des employés. Il faut souligner, entre autres, une collaboration avec l'ASSTASS (Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales) pour améliorer l'ergonomie du travail des préposés. De plus, la mise en place d'un manuel de dépannage est fort utile pour assurer la continuité des services en dehors des heures régulières de travail. La pratique de reconnaissance est bien établie et plusieurs stratégies de communication sont utilisées pour transmettre les informations au personnel tout en les engageant dans l'amélioration continue.

L'augmentation du volume d'activités et la complexité du travail à réaliser engendrent une pression sur le personnel, ce qui mérite une attention. C'est dans ce contexte que l'ajout de postes de supervision a été réalisé sur une base de projet pilote et dont la pérennité sera évaluée. Il faut aussi souligner la mise en place de la rotation du personnel entre les divers postes de travail, incluant le secteur de l'endoscopie, assurant ainsi la continuité des services.

Bien que l'ensemble des efforts vont se poursuivre, une attention particulière doit être apportée à la situation d'encombrement des corridors du bloc opératoire par le matériel retraité pour trouver une alternative avant la réalisation des travaux qui ne seront pas finalisés avant plusieurs années.

Les besoins n'étant pas tous comblés, l'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts pour répondre aux nombreux défis actuels, que ce soit en ce qui concerne les besoins d'espaces ou le soutien professionnel.

La structure actuelle des comités et l'engagement des équipes devraient appuyer la mise en place d'un réel plan d'amélioration de la qualité avec des objectifs mesurables. Une veille des bonnes pratiques, l'identification des risques, l'identification et le suivi d'indicateurs sensibles, structurés dans un tableau de bord permettraient une gestion dynamique et proactive, particulièrement si le tout est soutenu par un processus d'analyse. Cela favoriserait l'adéquation entre les ressources et les services dispensés, mais permettrait également d'identifier de façon précoce les enjeux de qualité dans ce secteur très sensible et ainsi diminuer les risques.

Il convient de féliciter l'établissement pour le dynamisme des équipes, le soutien organisationnel dans la mise en place de mesures pour soutenir la mise en place de solutions favorisant des pratiques de qualité et sécuritaires. L'établissement est encouragé à maintenir ses efforts dans ce sens.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.2	Les gestionnaires de l'établissement recueillent annuellement l'information sur les services de retraitement des dispositifs médicaux offerts et celle sur leur utilisation par les différents secteurs de l'établissement.	Priorité élevée
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.2	Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité normale
9.3.12	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.14	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour assurer la vérification de la qualité de l'équipement de retraitement en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.15	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les activités de stérilisation des dispositifs médicaux selon les directives des fabricants.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.19	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour la documentation des activités de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée
9.3.23	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les indicateurs chimiques internes et externes.	Priorité élevée
9.4.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux compte trois zones distinctes (souillée, propre, d'entreposage) qui sont séparées physiquement.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la zone d'entreposage respecte les normes de condition environnementale.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.4.6	Les gestionnaires de l'établissement limitent l'accès à la zone d'entreposage du matériel stérile à la main-d'œuvre autorisée.	Priorité élevée
9.5.5	L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.5.6	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la vérification des dispositifs endoscopiques flexibles pour déceler tout dommage avant de procéder à la désinfection.	Priorité élevée
9.5.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage et la désinfection appropriée de chaque dispositif endoscopique flexible selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.6.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que des objectifs mesurables sont établis pour l'évaluation des services de retraitement des dispositifs médicaux et le plan d'amélioration continue.	Priorité élevée
9.6.2	Les gestionnaires de l'établissement recueillent sur une base régulière des données découlant des indicateurs pour suivre les progrès visant l'amélioration de la qualité.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.6.4	Les gestionnaires de l'établissement communiquent l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent aux parties prenantes, aux équipes et à d'autres établissements.	Priorité normale

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 99,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les deux sites du département de Pharmacie du CISSS de la Montérégie-Centre sont très impliqués dans toutes les missions de soins, de services, d'enseignement et de recherche avec une équipe de pharmaciens chevronnés, surspécialisés dans leur domaine d'expertise et secondés par une équipe d'assistants techniques et un système d'automatisation complet et sécuritaire du circuit du médicament pour soutenir les tâches reliées à la préparation et la distribution du personnel infirmier.

L'expansion des secteurs de services pharmaceutiques à l'Hôpital Charles Le Moyne entraîne le problème d'exiguïté et de bruit pour le personnel qui pourrait entraîner la déconcentration et les risques d'erreurs médicamenteuses.

Un agrandissement des locaux de la pharmacie devrait être priorisé dans le plan du CISSS de la Montérégie-Centre.

Tableau 12 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.9	Le comité interdisciplinaire s'assure que le type d'alertes incluses dans le système informatique de la pharmacie comprend au moins le niveau d'alerte en tant que réglage global, et l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé en tant que composantes particulières.	Priorité élevée

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'équipe de visiteurs, en parlant avec plusieurs figures (des professionnels, des employés, des médecins, des usagers des proches aidants, des partenaires) dans l'évaluation des différents chapitres de cette première séquence de deuxième cycle, note qu'il y a eu une progression positive vers l'amélioration continue et la sécurité de la prestation sécuritaire des soins. Les compétences et les moyens pour assurer une vigie continue et l'application des meilleures pratiques sont présents. L'établissement est proactif dans la révision du plan intégré de la gestion des risques et de la qualité. La cartographie des risques a été mise à jour en tenant compte des nouvelles réalités (protection des renseignements personnels, risques climatiques, risques pandémiques, médias sociaux, etc.). Plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels.

Les partenaires avec qui les visiteurs ont discuté ont tous unanimement mentionné la fluidité de communication avec l'établissement ainsi que le rôle de celui-ci dans la promotion de projets innovateurs dans le but d'améliorer les services auprès de la population. À ce titre, il convient de noter le projet de la réorientation des cas non urgents du service des urgences qui est parmi les plus performants au Québec. Un autre exemple de vision future et de responsabilité populationnelle est le projet de la clinique mobile de proximité réalisé avec des partenaires. Ce sont là des exemples illustrant comment l'établissement est en mesure d'innover et de coconstruire un futur pour le bien de la population.