

6 mai 2025

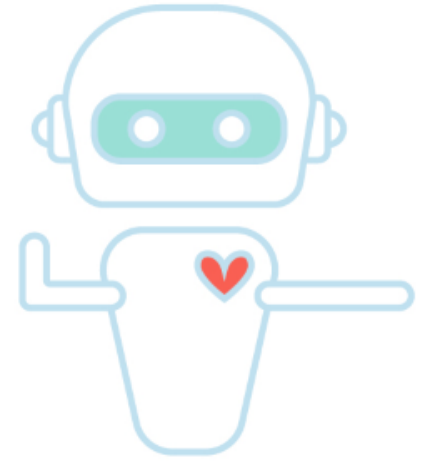


COMITÉ DE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ CYCLE 2 - SÉQUENCE 3

Présenté par la DQEPE

Plan de présentation

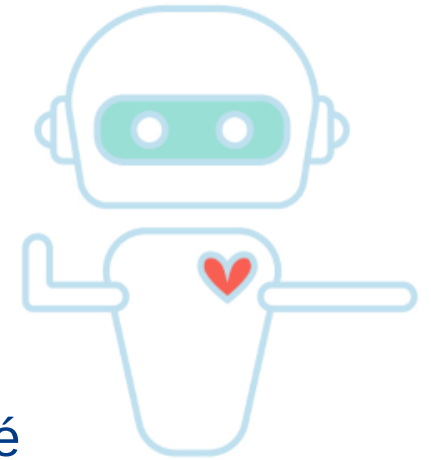
- Retour Webinaires Manuels Séquence 3
- Auto-évaluation
- Dépôt des preuves
- Calendrier Fiches-qualité
- Prochaines étapes



Retour Webinaires Manuels Séquence 3

Questions?

Rappel en lien avec les Webinaires



- Faire suivre le lien des webinaires aux équipes concernées de vos directions
- Plateforme OnBoard QI d'AC **non utilisée** → Équipe Teams Démarche qualité

Outils d'Agrément Canada à venir :

- Dans les prochaines semaines :
 - Fiches par chapitre
- À partir de l'automne
 - Webinaire, Plan d'évaluation, Guide à l'intention des établissements
 - Validation des emplacements/chapitres (3 mois avant la visite)

Début des auto-évaluations

6 mai au 6 juin



Pourquoi l'auto-évaluation est essentielle !



**Référentiel pour déterminer
Les prochaines étapes**

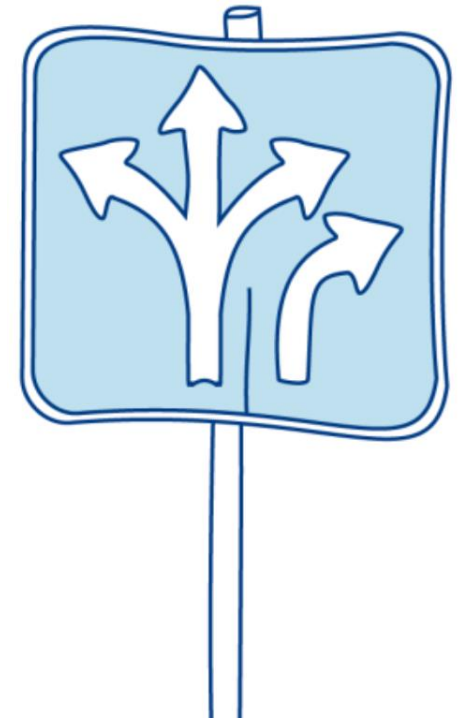
- Amorcer une 1ère réflexion d'équipe
- S'approprier un langage commun
- Faire un portrait réaliste de nos pratiques
- Identifier nos forces et nos pistes d'amélioration
- Repérer rapidement les critères à risque ou flous
- Comprendre les critères pour mieux mobiliser les équipes terrain
- Préparer le changement plutôt que le subir
- Gagner du temps pour planifier les actions et les preuves

Comment interpréter les critères?

- Chaque critère contient des énoncés qui précisent :
 1. **L'imputabilité**: qui est responsable de l'action
 2. **L'intention/Action**: quelle est l'action requise
 3. **Le résultat**: quel est l'impact/le résultat attendu

L'imputabilité: c'est la personne ou le groupe responsable de l'exigence:

- Gestionnaire du programme-service
- Gestionnaires de l'établissement
- L'équipe



Chapitre 1 : Excellence des soins et des services

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent la procédure organisationnelle pour la gestion des plaintes.

Chapitres 2 et suivants : Soins et services

L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de plaintes liées aux droits des usagers

Pour faciliter l'interprétation du critère



imputabilité

Intention - preuve

L'équipe **utilise des outils d'aide à la décision clinique** afin de **soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité**.

Le résultat



L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, **tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique clinique, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention.**

Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de **répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'usager**. Ils contribuent également à **réduire les variations** inattendues dans les pratiques et à assurer une **approche intégrée et standardisée**.



Quelques précisions

- **Équipe:** Inclus l'utilisateur/proches
- **Plan de soins et de services individualisé:** Inclus tous les types de plans; PTI, PII, PI etc.
- **Outils d'aide à la décision:** Fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision et limiter les variations (pas nécessaire de tout déposer, peut être une page avec liens cliquables)
- **Procédure:** Ensemble détaillé et documenté d'étapes conçues pour guider les opérations quotidiennes
 - Peut être un document de même intention
- **Soins holistiques :** Approche qui considère que la santé et le bien-être physique, mental, social et spirituel d'un usager sont interconnectés
- **En temps opportun:** Dans un délai acceptable ex: si tout est demandé en STAT , plus rien ne l'est
- **Critères sur les soins palliatifs:** même si certains secteurs sont moins touchés, les équipes doivent être outillées pour répondre aux besoins des usagers de soins palliatifs

Les requis pour débuter

GROUPE DE TRAVAIL

Pour avoir un portrait le plus réaliste possible du terrain:

- Impliquer un ou plusieurs membres du personnel clé :
 - ICASI, assistant chef, chef d'équipe, PREC, etc.
- Impliquer des collaborateurs internes ou externes à la direction:
 - Les professionnels qui offrent des soins aux usagers dans votre service (ex.: inhalothérapeute, TS etc.)
 - Conseillère cadre, conseillère, support clinique
 - Médecins
 - Membre du service de la gestion de la qualité et des risques
 - Autres services avec une imputabilité partagée pour certains critères. Par exemple:
L'équipe assure l'entretien régulier des équipements et des dispositifs médicaux conformément au programme d'entretien préventif: **GBM**



ESS: Évaluation d'abord par chaque direction, puis travail en collaboration interdirections pour construire une vision commune et transversale.

PLANIFIER du temps de travail

- 1 à 2h par semaine pour l'auto-évaluation
- Par la suite : mettre du temps régulier à l'agenda pour poursuivre les travaux

IMPORTANT:

Avoir un chef d'orchestre pour planifier et coordonner les activités liées à la démarche

Pour vous soutenir

Rôles de l'équipe gestion de la qualité et des risques

- Agir comme agent multiplicateur
- Soutenir la mise en place des travaux liés à la visite d'Agrément Canada.
- Participer au comité de pilotage/groupes de travail des programmes/services accompagnés :
 - Remonter les enjeux
 - Guider et soutenir les équipes dans:
 - L'auto-évaluation
 - L'élaboration des plans d'amélioration
 - Le dépôt des preuves
 - Participer à la validation des preuves
- Contribuer activement aux visites qualité:
 - Participer à l'élaboration du compte-rendu
 - Guider les équipes aux attentes des visiteurs
 - Soutenir les gestionnaires dans leurs activités d'amélioration



Qui sont-ils?

Saba Hameed, APPR, qualité milieux de vie



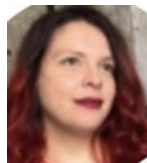
Manuel Santé physique

- Chapitre 5 – Accueil clinique, Cliniques externes

Manuel Services généraux

- Chapitre 2 – GAP
- Chapitre 6 - GMF

Julie Leduc, APPR, qualité milieux de vie



Manuel Services généraux

- Chapitre 3 - AAOR
- Chapitre 7 – Consultation sociale et psychologique
- Chapitre 8 – Services psy. En contexte de sécurité civile

Marie-Claude Fournier, CSI, qualité milieux de vie



Manuel Santé physique

- Chapitre 3 – Imagerie médicale
- Chapitre 8 – Clinique d'hémato-oncologie

Manuel Services généraux

- Chapitre 5 – Soins courants (CLSC)

Reine Jeanneau, CSI, gestion de la qualité et des risques



Manuel Santé physique

- Chapitre 2 – urgences
- Chapitre 4- UHB
- Chapitre 7 – Soins critiques

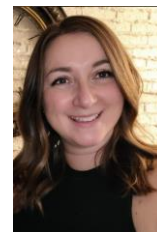
Jasmine Breil, CSI, gestion de la qualité et des risques



Manuel Santé physique

- Chapitre 6 – Endoscopie, Bloc opératoire, Chirurgie d'un jour

Valérie Bérubé, CSI, gestion de la qualité et des risques



Manuel Santé physique

- Chapitre 4 –Hospitalisation (exclusion UHB)
- Chapitre 5 – Médecine de jour

Yannick Martel, APPR, gestion de la qualité et des risques



Manuel Santé physique

- Chapitre 5 – Suppléance rénale, Clinique de physiothérapie
- Chapitre 8 – Clinique d'hémato-oncologie

Manuel Services généraux

- Chapitre 5 – Soins courants (PSL)

Équipe Qualité en soutien



Santé physique

- Urgences
- UHB
- Soins critiques
- Imageries médicales
- Médecines de jour
- Accueil clinique
- Cliniques externes spécialisées
- Blocs, CDJ, salle de réveil
- Endoscopies
- Suppléances rénales
- Cliniques hémato-oncologie

Services généraux

- Points de service local



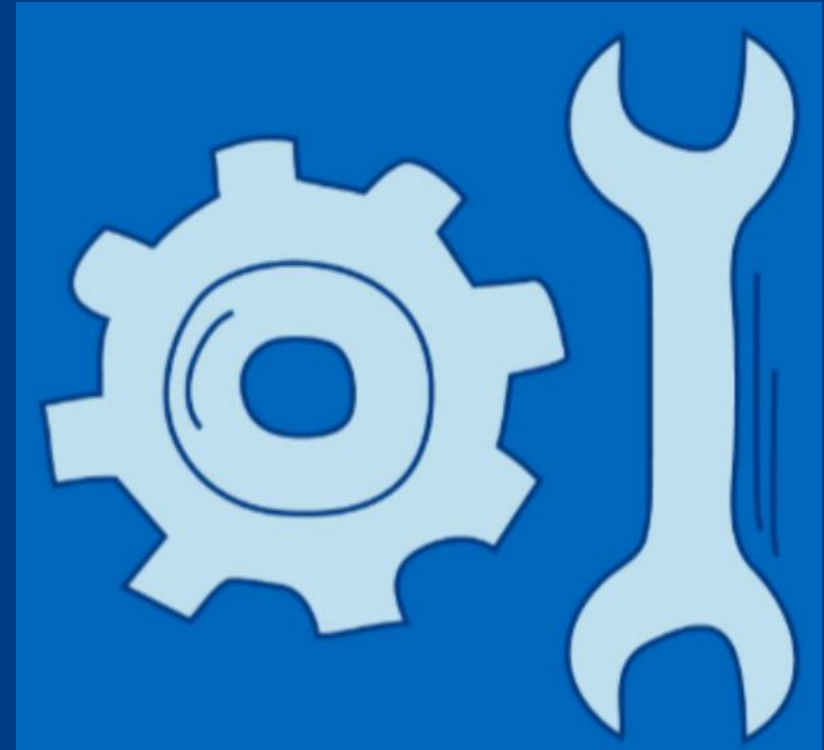
Santé physique

- Hospitalisations (unité de courte durée, unités virtuelles de soins)
- Clinique ambulatoire de physiothérapie
- Clinique électrophysiologie

Services généraux

- GAP
- AAOR
- Services courants
- GMF
- Services de consultation sociale et psychologique
- Services psychosociaux en contexte de sécurité civile

Outils à votre disposition



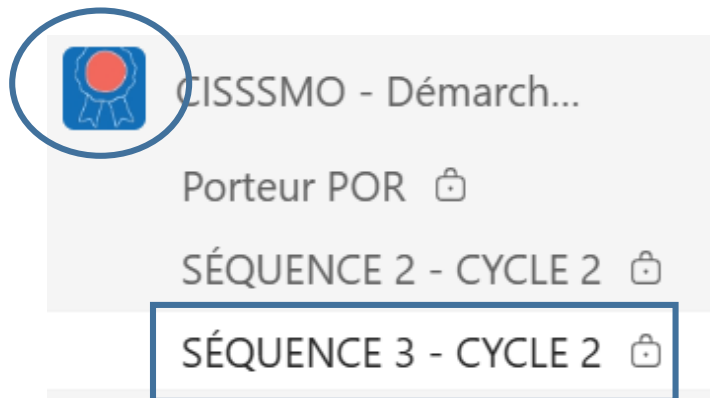
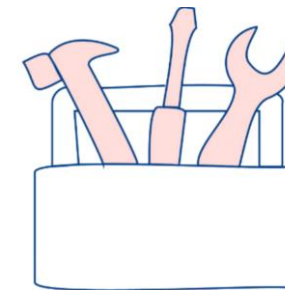
Équipe Teams – Power BI

Avantage de l'utiliser:

- **Centraliser** les informations et **standardiser** la démarche
- **Prioriser les actions** selon les écarts
- Suivre en **temps réel** l'état d'avancement
- Favoriser la **transparence** et la **collaboration**



Accès et exploration du tableau



1. Accéder au bon fichier

Teams → **CISSSMO - Démarche qualité**

Canal **SÉQUENCE 3 – Cycle 2**

Onglet **Fichiers** → dossier **Plan d'amélioration**

Choisir le fichier **Excel** selon le **manuel** puis le **chapitre**, la **direction** et les **services**

2. Explorer le tableau Excel

Vérifier qu'**aucun filtre n'est activé** (sinon, certains critères peuvent être masqués)

Sections à repérer dans le tableau :

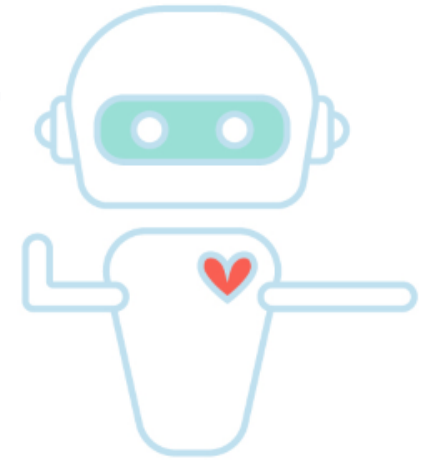
- Critères à évaluer

- Conseils d'interprétation

- Niveau de priorité

- Possibilité de filtrer par nom de POR ou par thématique (ex. soins palliatifs, dons d'organes)

Compléter l'auto-évaluation efficacement



3. Remplir les colonnes de % conformité

- Compléter les colonnes du ou de tous les services
- Choisir le bon % à l'aide du menu déroulant, selon l'échelle (page 2)
- Si une colonne regroupe plusieurs services → inscrire le % le plus bas (ex. 4 à 75 %, 1 à 50 % → inscrire 50 %)

Tableaux créés en fonction des besoins pour chacun des chapitres
Pour l'excellence des soins et services 1 tableau pour tous = Favoriser la collaboration

10%	25%	50%	75%	100%	N/A	Non Documenté
-----	-----	-----	-----	------	-----	---------------

% conformité DPSCS	% conformité DSPEM	% conformité DAH-HAL L	% conformité DAH-HAL -HBM	% conformité DSIEU	% conformité DSMREU	% conformité DPJASP	% conformité DPSMD	% conformité DQEPE

% conformité Points de service local_DPIASP

% conformité 1er Est-HAL_ DAH-HAL	% conformité 1er Ouest-HAL_ DAH-HAL	% conformité Gériatrie AL_ DAH-HAL	% conformité 2e EST-HAL_ DAH-HAL	% conformité 2e Ouest-HAL_ DAH-HAL	% conformité Courte durée-HAL_ DAH-HAL	% conformité UVS_ DSIEU

L'échelle de conformité – Comment s'en servir?

% DE CONFORMITÉ	EXEMPLES D'INTERPRÉTATION
10%	> Il n'y a pas de preuve pertinente pour démontrer la conformité. > Absence de documents (politique, procédures, etc.) visant à encadrer la pratique ou les activités du processus. > Les activités décrites dans le critère sont absentes de certains secteurs où ils devraient l'être. > Des pistes d'amélioration sont identifiées et le plan d'amélioration est en planification. > Un balisage est en cours pour déterminer les meilleures pratiques ou stratégies pour se conformer.
25%	> La pratique ou les activités décrites dans le processus ne sont pas uniformes d'un secteur à l'autre. > La pratique ou les activités décrites dans le processus existent, mais une mise à jour importante et une rediffusion sont requises. > Le plan d'amélioration est rédigé, adopté.
50%	> La pratique ou les activités décrites dans le processus sont adoptées (ex. : formation), mais ne sont pas mises en œuvre. > Des activités de communication et de diffusion des pratiques ou des activités décrites dans le processus sont requises. > Le plan d'amélioration est en cours de réalisation.
75%	> La mise en œuvre des pratiques ou des activités décrites dans le processus est finalisée, mais la pratique n'est pas consolidée. > Les preuves sont incomplètes pour démontrer que la pratique ou les activités décrites dans le processus sont appliquées, respectée (ex. : Les documents d'encadrement sont disponibles, les formations ont été données ou les communications ont été faites, mais il n'y a pas d'audit pour démontrer que la pratique est appliquée/respectée). > Les outils d'information pour la clientèle sont disponibles, mais il n'y a pas de preuve pour démontrer que la clientèle reçoit l'information. > Les indicateurs de suivi sont accessibles, mais ne sont pas diffusés ou utilisés pour identifier des pistes d'amélioration. > Les preuves sont incomplètes pour démontrer la conformité ou amélioration possible de la qualité des preuves. > Un plan d'amélioration est en place pour implanter une évolution récente dans la pratique.
100%	> La pratique ou les activités décrites dans le processus sont consolidées. > Des mécanismes sont en place pour assurer la pérennité (ex. : audit annuel, programme de formation continue, etc.). > Les preuves disponibles sont pertinentes, cohérentes, complètes.

UTILITÉ:

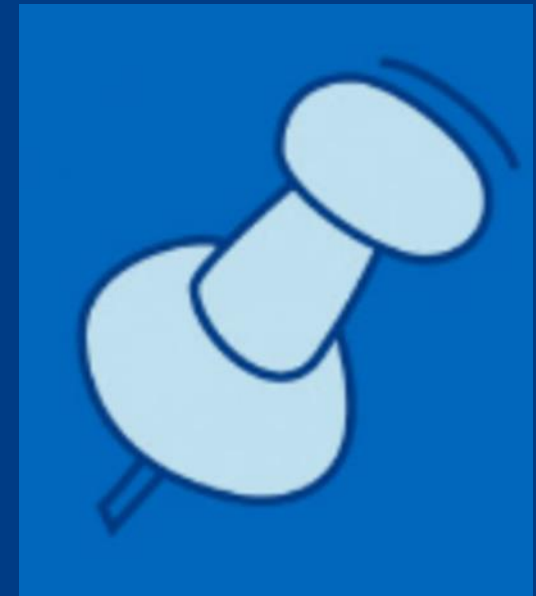
- Situer chaque critère selon son niveau de mise en œuvre
- Outil interne de suivi: visualiser la progression et guider les actions.
- NE PAS CONFORME avec le seuil de conformité des audits

Échelle simplifiée

-  10 % → Rien en place. Aucune preuve. Pratique absente. Planification amorcée.
-  25 % → Pratique présente mais non uniforme. Nécessite mise à jour. Plan rédigé.
-  50 % → Activités adoptées mais non appliquées. Communication à faire. Plan en cours.
-  75 % → Pratiques appliquées mais non consolidées. Preuves incomplètes. Plan implanté.
-  100 % → Pratiques consolidées. Preuves solides. Mécanismes de pérennité en place.

La question à se poser: Est-ce que la pratique est définie, connue, comprise, appliquée, pérenne dans le temps?

Dépôt des preuves

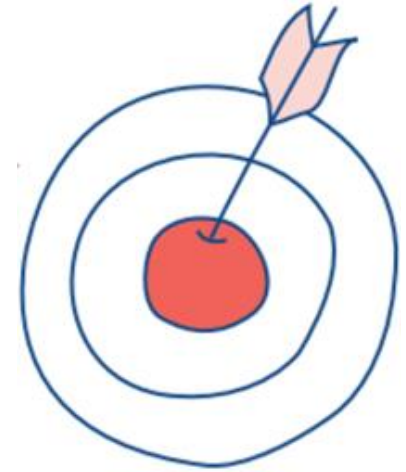


CISSS de la Montérégie-Ouest												
Manuel d'évaluation: Santé physique (Cycle 2)												
Chapitre 4: Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)												
Numeré critère	Libellé du Critère ou du test de conformité	Priorité	Noms POP Thématiques	% conformité 1er Est-HAL DAH-HAL	% conformité 1er Ouest-HAL DAH-HAL	% conformité Gériatrie AL DAH-HAL	% conformité 2e Est-HAL DAH-HAL	% conformité 2e Ouest-HAL DAH-HAL	% conformité Courts durée-HAL DAH-HAL	% conformité UVS DSIEU	Conseils	Gestion documentaire Exemples de docum à déposer
4.1.1	L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.	Priorité normale									Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres. L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.	Aucun document requis
4.1.2	L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.	Priorité normale									La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent. Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'usager, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'usager préalablement. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'usager donne l'accès à son dossier.	Procédure sur la confidentialité des renseignements personnels ou sur l'accès et le partage de l'information
4.1.3	L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.	Priorité élevée									L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique clinique, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'usager. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.	Outils d'aide à la décision pour identifier les besoins et guider ou orienter l'usager.

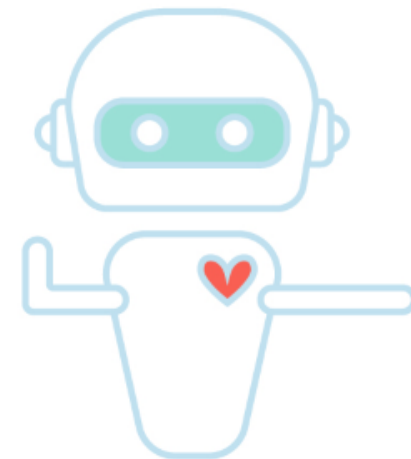
Les exemples de preuve exigées sont inscrits à titre informatif afin d'éviter de devoir naviguer entre les fichiers (Le dépôt officiel se fait dans l'onglet le N:\DQEPE\AGREMENT) et ils sont également inscrits dans le guide de gestion documentaire disponible dans l'équipe Teams

Quels sont les objectifs du dépôt de preuves?

- Fournir des preuves documentées démontrant l'application réelle des pratiques.
- Permet de connaître les pratiques attendues au CISSSMO
- Valider si les pratiques documentées sont connues et appliquées sur le terrain
- Optimiser la visite en évitant les échanges redondants et en rendant l'information disponible à l'avance.



Qu'est-ce qu'une bonne preuve?



✦ **Pertinente** : Répond directement à l'intention d'un critère ou à un test de conformité.

Ex. : une procédure sur la prévention des chutes pour un critère lié à la prévention des blessures liée aux chutes.

✦ **Cohérente** : Reflète les pratiques réelles, actuelles, dans votre contexte.

Ex. : programme de formation, activités d'apprentissage

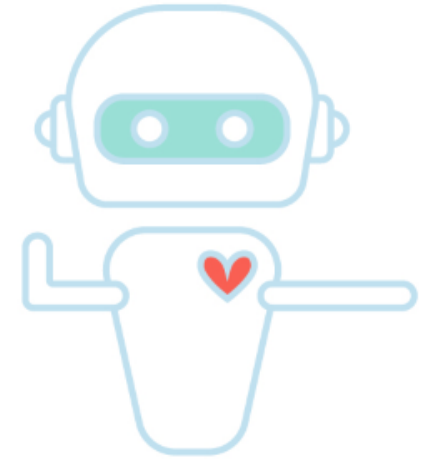
✦ **Complète** : Démontre l'action posée ou le résultat obtenu.

Ex. : rapport d'audit + plan d'action + preuve de suivi.

✦ **Claire** : Les éléments utiles sont mis en évidence dans le document.

Ex. : surlignage, sommaire joint, ou page précisée dans un document.

✗ Ce qu'il faut éviter

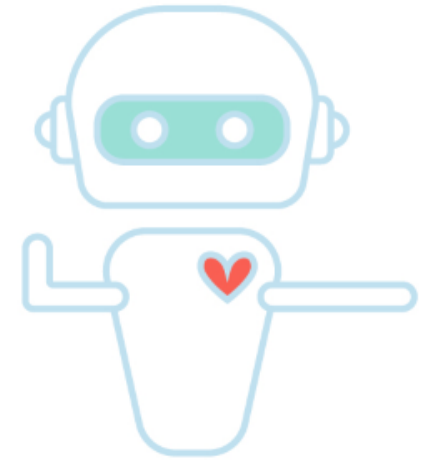


- Des intentions vagues → « nous aimerions implanter... »
- Des documents obsolètes → protocoles non révisés depuis 2015
- Des dépôts trop volumineux ou génériques → 500 pages de manuel sans lien clair
- Des documents sans auteur, date, version → aucune traçabilité
- Déposer plusieurs documents pour tenter de remplir un vide → ∅ document officiel

À retenir:

- Le document **répond-il réellement à l'intention** du critère?
- **Limiter le nombre de documents** à déposer à 2-3 sauf s'il y a réellement une plus-value
- Le faire en continu, NE PAS ATTENDRE à la dernière minute

Où déposer les preuves?



❑ Chemin d'accès :

- N:\DQEPE\Agrement\2023-2027\SÉQUENCE 3 visite 2026\DÉPÔT PREUVES

❑ Choisir le bon Manuel :

- Santé physique ou Services généraux

❑ Choisir le bon Chapitre :

Santé physique

- 00.POR
- 01.ESS
- 02.Urgence
- 03.Imagerie
- 04.Hospitalisation
- 05.Clinique ambu
- 06.Péri_interv
- 07.Soins_critiques
- 08.Oncologie

Services généraux

- 00.POR
- 01.ESS
- 02.GAP
- 03.AAOR
- 05.Soins courants
- 06.GMF
- 07.Consult.sociale et psy
- 08. Sécurité civile

IMPORTANT

Les preuves propres à un secteur doivent être identifiées

Ex.:

- HAL
- DPSCS

Preuves organisationnelles

Dépôt des preuves organisationnelles

N:\DQEPE\Agrement\2023-2027\SÉQUENCE 3 visite 2026\PREUVES\PREUVES ORGANISATIONNELLES

 Manuel Santé Physique

 Manuel Services Généraux

 PREUVES ORGANISATIONNELLES

 00.POR

 01 ESS

 Chap. 2 à 8

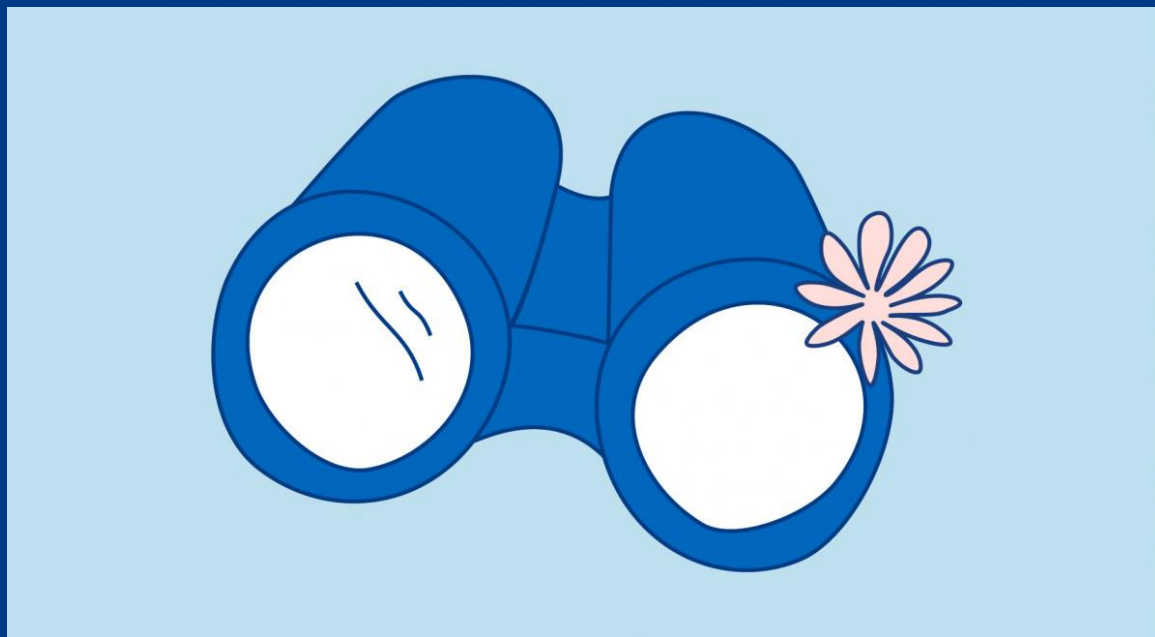
 PRATIQUES TRANSVERSALES

Inscrit dans le guide de gestion documentaire

**** Preuves déposées en collaboration avec les porteurs ou personnes ressources de dossier tout au long de la démarche**

IMPORTANT: Les documents déposés doivent être inscrits dans le guide de gestion documentaire disponible dans l'équipe Teams

Démonstration



CISSS de la Montérégie-Ouest

CISSS de la Montérégie-Ouest

Calendrier Fiches-qualité



CISSS de la Montérégie-Ouest

CISSS de la Montérégie-Ouest

Calendrier de diffusion Info-POR et Info-Qualité

Calendrier de diffusion des Info-qualité et Info-POR 2025-2026				
MOIS	Date du Comité de pilotage Seq.3	Semaine de diffusion	Services concernés	Titre des Info-POR et Info-Qualité
Mai	2025-05-06	2025-05-06	Tous	1- L'importance de s'engager dans une démarche qualité
		2025-05-13	Tous	1- L'importance du transfert d'information aux points de transition des soins (POR)
		2025-05-20	Tous (lorsque l'usager a des soins à domicile ou en planification d'en)	1- L'importance de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (POR)
			Tous	2- L'approche de partenariat : un levier d'amélioration de la qualité des services
		2025-05-27	Tous	1- L'importance de respecter la confidentialité
Juin	2025-06-10	2025-06-03	Tous	1- L'importance de bien identifier les usager(ère)s avant tous soins et services (POR)
			Tous	2- L'importance de respecter le droit des usagers et de traiter les plaintes avec diligence
		2025-06-10	Tous	1- Éthique clinique et organisationnelle
			Tous	2- L'importance de la tenue des lieux
		2025-06-17	Tous	1- L'importance d'AGIR pour prévenir le suicide (POR)
Juillet	2025-07-08			
Septembre	2025-09-09			
Octobre	2025-10-07	2025-09-02	Tous	1- L'importance de la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers
			Urgence, soins intensifs, hospitalisation (usager admis)	2- L'importance des dons d'organes et de tissus
		2025-09-09	Blocs opératoires	1- L'importance d'avoir une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire (POR)
			Tous	2- Gestion des situations de violence
		2025-09-16	Tous	1- L'importance de la divulgation des incidents et accidents
			Tous	1- L'importance du nettoyage et désinfection de bas niveau
		2025-09-23	Milieu hospitaliers (usagers admis)	2- L'importance de faire la gestion des éclosions
			Tous	3- L'importance d'avoir une approche multiples facettes (PCI)
		2025-10-07	Tous	1- L'importance des exercices et simulations en situation d'urgence et de sinistres
			Tous	1- L'importance de procéder à l'hygiène des mains (POR)
Novembre	2025-11-04	2025-10-14	Tous	2- L'importance d'appliquer les pratiques de base et les précautions additionnelles
			Tous	1- L'importance d'obtenir le consentement aux soins
		2025-10-21	Tous (sauf le GAP, AAOR, Services psychosociaux en contexte de sécurité civile)	1- L'importance de réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention (POR)
			Tous (sauf imagerie méd., le GAP, AAOR, Services psychosociaux en contexte de sécurité civile)	2- L'importance de prévenir la thromboembolie veineuse (POR)
		2025-10-28	Tous (sauf imagerie méd., le GAP, AAOR, Service consultation sociale et psychosociale, Services psycho, en contexte de sécurité civile)	1- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau (POR)
Décembre	2025-12-02	2025-11-04	Tous ceux qui administrent de la médication	2- Administration d'un médicament et surveillance des usagers pour les effets de la prise de médicaments
			Tous les milieux qui font de la gestion de médicaments	1- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition de soins (POR)
			Tous les milieux qui utilisent des mesures de contrôle (physique, chimique ou environnementale)	2- L'importance d'utiliser les mesures de contrôle les moins restrictives et en dernier recours
			Tous les milieux qui administrent de la médication	3- Administration d'un médicament et surveillance des usagers pour les effets de la prise de médicaments et consignation des allergies et réactions indésirables
Janvier	2026-01-06			
Février	2026-02-03			
Visite d'Agrément Canada du 15 au 20 mars 2026				

- Disponible dans l'équipe Teams et sur intranet
- Sert à structurer la descente d'information dans vos réunions d'équipe, stand-up meeting etc..
- Fichier Excel qui peut être adapté à vos équipes
- Possibilité d'avoir des ajouts dans les prochaines semaines

Info-Qualité à diffuser cette semaine



Démarche qualité

Info-Qualité

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

Cette fiche vise à promouvoir les meilleures pratiques cliniques et administratives pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services au quotidien.

L'importance de s'engager dans une démarche qualité

Visite d'Agrément Canada du 15 au 20 mars 2026



Dans un contexte où les besoins de la population évoluent sans cesse et où les ressources doivent être utilisées de façon optimale, s'engager dans une démarche qualité et d'amélioration continue est plus qu'un objectif : **c'est un engagement collectif**.

C'est cette **volonté d'amélioration continue** qui nourrit une **culture durable de qualité et de sécurité**, portée par une approche centrée sur l'utilisateur. Cela renforce la confiance du public envers notre CISSS et permet également de :

- **Consolider les équipes** par une meilleure communication et collaboration;
- **Favoriser l'échange de connaissances** sur les meilleures pratiques, **les revoir et les optimiser** pour favoriser l'innovation;
- **Renforcer la qualité et la sécurité** des soins et des services offerts;
- **Accroître la satisfaction** des usagers, de leurs proches et des équipes, en valorisant leur savoir expérientiel, leurs compétences et en créant un environnement sain et sécuritaire;
- **Garantir une main-d'œuvre compétente** en soutenant l'apprentissage continu.

Personnel et programmes-services visés

La participation de TOUTS est la clé du succès!

Chaque année (séquence), différents programmes-services sont évalués dans le cadre d'un cycle de 4 ans. En 2026, les programmes de Santé physique (urgence, hospitalisation, ambulatoire, bloc, etc.) ainsi que les Services généraux (GMF, soins courants, consultation sociale et psychologique, AAOR, etc.) seront visités.

Éléments clés :

1. S'informer et démontrer son intérêt
2. S'impliquer et participer

Notre boîte à outils

Sur la page intranet de la **Démarche qualité** :

Consulter :

- Les **fiches Info-POR** et Info-Qualité.
- Les **présentations vidéo** sur des sujets liés à la démarche qualité.

Afin de concrètement mettre en œuvre ces éléments, référez-vous à la section suivante « **À inclure dans notre pratique** ».

2 mai 2025

Québec

Info-POR à diffuser dans la semaine du 13 mai



Démarche qualité

Info-POR

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

Cette fiche vise à promouvoir les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada, jugées essentielles à mettre en place pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

L'importance du transfert de l'information aux points de transition des soins

Qu'est-ce que c'est ?

C'est une façon de s'assurer que l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur soit communiquée de façon efficace entre les intervenants, et ce, pour tous les points de transition des soins. Cette pratique est essentielle puisque la communication efficace permet un échange d'information précis et en temps opportun afin de réduire les risques d'erreurs, tel que les délais dans les traitements, les événements indésirables, etc. Le transfert d'information inclut également le transfert d'information au usager et ses proches afin que ces derniers puissent prendre des décisions et gérer leurs propres soins.

Personnel et clientèles visés

- Tous les intervenants qui donnent des soins et services aux usagers
- Tous les secteurs cliniques
- Tous les points de transition (Admission, transfert de soins, Transfert, Congé)
 - **Admission** : Information reçue à l'ouverture du dossier, début de l'épisode de soins et de services
 - **Transfert de soins** : Information donnée à un intervenant/équipe du même secteur (inter-quart, 24/7)
 - **Transfert** : Information transmise à un intervenant/équipe d'un autre secteur, programme ou unité
 - **Congé** : Information transmise à la fermeture du dossier, congé ou fin de l'épisode de soins/services

Éléments clés :

1. Le transfert d'information entre les intervenants ainsi qu'avec l'utilisateur et ses proches est nécessaire durant tout l'épisode de soins et services
2. L'information partagée doit être déterminée et standardisée
3. Les usagers et les proches doivent avoir accès à l'information pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services
4. L'information transmise doit être consignée
5. L'efficacité des communications est évaluée et des améliorations sont apportées selon la rétroaction reçue.

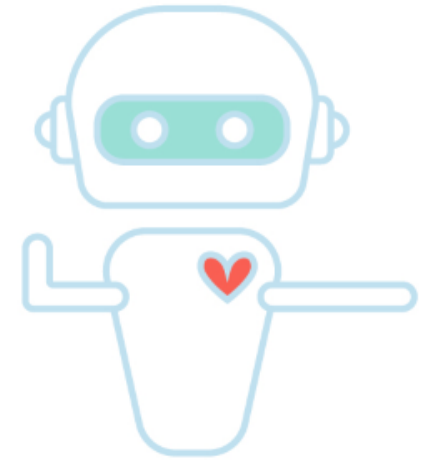
Afin de concrètement mettre en œuvre ces éléments, référez-vous à la section suivante « **À inclure dans notre pratique** ».

Notre boîte à outils

[POL-10346 Transfert de l'information aux points de transition](#)
[PRO-10347 Transfert de l'information aux points de transition](#)
[PRO-10347 Annexe I : Modèle standardisé IDÉA](#)
[Vidéo : Pour un transfert d'information réussi](#)

24 avril 2025

Québec



Prochaines étapes

CISSS de la Montérégie-Ouest

CISSS de la Montérégie-Ouest





Prochaines étapes

- S'assurer d'avoir les accès
 - Équipe Teams – Démarche qualité Séquence 3
 - N:\DQEPE\Agrement : demande octopus
- **Descendre l'information** aux gestionnaires de sa direction
 - **Transmettre le pas-à-pas aux gestionnaires**
- S'assurer d'**avoir un chef d'orchestre** pour planifier et coordonner la démarche
- Veiller à ce que **du temps de travail** pour faire l'auto-évaluation soit **planifié**
- Inviter les **personnes clés** dans vos groupes de travail pour assurer sa réussite
- **Débuter les auto-évaluations: 6 mai au 6 juin**
- À transmettre à la DQEPE: l'organisation des groupes de travail pour chaque service
- Utiliser le calendrier de diffusion des Info-POR et Info-Qualité pour structurer et planifier la descente d'informations
- **Commencer la diffusion des Info-Qualité et des Info-POR** dès cette semaine
- Prochain comité de Pilotage : **10 juin**
 - Présentation des résultats des auto-évaluations via Power BI



Questions - Commentaires?

