



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Joliette, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 juin 2022

Date de production du rapport : 18 juillet 2022

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	23
Commentaires de l'organisme	30
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	31
Résultats détaillés de la visite	34
Résultats pour les manuels d'évaluation	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	51
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	54
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	61
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	63
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	65
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	67
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	69
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	71
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	73
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	75

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	78
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	80
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	82
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	83
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	85
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	86
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	89
Ensemble de normes : Télésanté	89
Annexe A - Programme Qmentum	91

Sommaire

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

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

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 juin 2022**

- **Emplacements**

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

1. Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Joliette
2. Centre de services administratifs Info-Santé et Info-Social
3. Centre hospitalier De Lanaudière
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David
5. CLSC de Joliette
6. CLSC et centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Saint-Gabriel-de-Brandon
7. CLSC Lamater de Terrebonne
8. Hôpital Pierre-Le Gardeur

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux

- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	0	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	129	2	0	131
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	523	46	48	617
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	23	2	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	512	21	46	579
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	85	1	0	86
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	444	31	18	493
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	34	0	3	37
Total	1763	103	115	1981

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	79 (89,8%)	9 (10,2%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	46 (93,9%)	3 (6,1%)	2	65 (97,0%)	2 (3,0%)	5	111 (95,7%)	5 (4,3%)	7
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	34 (82,9%)	7 (17,1%)	0	40 (95,2%)	2 (4,8%)	6	74 (89,2%)	9 (10,8%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	39 (88,6%)	5 (11,4%)	0	60 (92,3%)	5 (7,7%)	3	99 (90,8%)	10 (9,2%)	3

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	41 (97,6%)	1 (2,4%)	1	39 (95,1%)	2 (4,9%)	9	80 (96,4%)	3 (3,6%)	10
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	37 (100,0%)	0 (0,0%)	1	41 (93,2%)	3 (6,8%)	6	78 (96,3%)	3 (3,7%)	7
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	53 (98,1%)	1 (1,9%)	22	67 (98,5%)	1 (1,5%)	17	120 (98,4%)	2 (1,6%)	39
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	23 (92,0%)	2 (8,0%)	3	55 (100,0%)	0 (0,0%)	5	78 (97,5%)	2 (2,5%)	8
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	73 (89,0%)	9 (11,0%)	0	59 (92,2%)	5 (7,8%)	0	132 (90,4%)	14 (9,6%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	39 (92,9%)	3 (7,1%)	0	67 (94,4%)	4 (5,6%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	73 (96,1%)	3 (3,9%)	1	56 (90,3%)	6 (9,7%)	0	129 (93,5%)	9 (6,5%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	34 (97,1%)	1 (2,9%)	1	42 (95,5%)	2 (4,5%)	8	76 (96,2%)	3 (3,8%)	9
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	41 (100,0%)	0 (0,0%)	1	73 (100,0%)	0 (0,0%)	1

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	15 (93,8%)	1 (6,3%)	0
Total	552 (93,7%)	37 (6,3%)	31	659 (94,7%)	37 (5,3%)	60	1211 (94,2%)	74 (5,8%)	91
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	14 (100,0%)	0 (0,0%)	3	19 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	9 (100,0%)	0 (0,0%)	0	15 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	15 (100,0%)	0 (0,0%)	3	41 (100,0%)	0 (0,0%)	1	56 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	3	43 (100,0%)	0 (0,0%)	6	78 (100,0%)	0 (0,0%)	9
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	6	62 (98,4%)	1 (1,6%)	6
Total	155 (98,7%)	2 (1,3%)	40	250 (99,2%)	2 (0,8%)	13	405 (99,0%)	4 (1,0%)	22
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0
Total	19 (90,5%)	2 (9,5%)	40	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0
Total	726 (94,7%)	41 (5,3%)	40	938 (95,7%)	42 (4,3%)	73	1664 (95,2%)	83 (4,8%)	113

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	2 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Non Conforme	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	2 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le rapport fait état des observations des visiteurs dans le cadre de la visite de la séquence 3 du programme Qmentum d'Agrément Canada. Cette séquence vise la santé physique, les services généraux et la télésanté. Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière emploie plus de 16 000 employés et 800 médecins répartis dans 63 installations bien ancrées dans le milieu. Une nouvelle présidente-directrice générale (PDG) est en poste depuis environ un an. Le CISSS de Lanaudière dispose d'un budget de \$ 1,1 milliard. La structure de gestion fait face à un manque important de gestionnaires pour assurer une agilité et une gestion de proximité avec les équipes. Pour donner suite aux tristes événements de septembre 2020, un des principaux mandats de la nouvelle PDG fut de rétablir des ponts et la création d'un comité de réconciliation avec la communauté atikamekw de Manawan. En plus du comité, de la formation sur les réalités autochtones a été dispensée de même que la création de postes d'agente de liaison pour la communauté.

Les responsabilités des sites hospitaliers sont dévolues à la direction des soins infirmiers pour l'Hôpital de Joliette et de la direction des services hospitaliers pour l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. La nomination en mars 2022 d'un directeur des services professionnels après plus de six ans d'absence à ce poste favorisera la résolution des problématiques médicales.

Malgré des efforts pour favoriser le recrutement, l'établissement fait face à une pénurie de personnel dans tous les secteurs. L'établissement doit user de créativité pour favoriser l'attraction et la rétention du personnel. Les deux dernières années ont apporté leur lot de défis avec l'arrivée de la pandémie COVID 19. L'établissement a fait preuve d'agilité afin de répondre aux besoins de la population. Le soutien de l'équipe de prévention et contrôle des infections a été indéniable. La mission et la planification stratégique sont dictées par le ministère de la Santé, mais il n'en demeure pas moins que l'établissement a su les personnaliser et les adapter afin d'y donner un sens respectant la réalité locale.

Les valeurs organisationnelles soutiennent le personnel qui œuvre au CISSS de Lanaudière afin de faire des choix judicieux favorisant le mieux-être des usagers. Comme dans plusieurs régions du Québec, la population est vieillissante. Un plan clinique est en voie de consultation auprès des principaux acteurs internes et externes de l'établissement afin de bien définir les besoins populationnels pour les prochaines années.

Les différentes directions visitées ont identifié leurs bons coups et leurs principaux défis. Les indicateurs de qualité sont suivis et des plans d'action sont élaborés. Les intervenants s'assurent du respect des échéanciers et ajustent les plans d'action au besoin.

L'ensemble des risques sont identifiés en lien avec les pratiques organisationnelles requises. Un registre de gestion des risques est élaboré et suivi par les différentes directions en collaboration avec le Comité des usagers. Des audits sont effectués afin de s'assurer de la conformité aux pratiques de base. Une culture de déclaration et de divulgation est en place.

L'approche usager partenaire a débuté dans des projets cliniques ou comités. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts de recrutement et à les intégrer dans tous les secteurs afin d'obtenir la vision humaine.

Plusieurs projets immobiliers sont en cours ou en préparation. Ces projets exigent beaucoup d'énergie des intervenants, mais l'équipe essaie de limiter le plus possible les inconvénients pour la clientèle et les intervenants.

L'équipe a nommé des porteurs de dossiers pour chacune des pratiques organisationnelles requises. L'établissement s'assure du respect de ces pratiques afin d'offrir des soins sécuritaires pour sa clientèle.

Télésanté

L'organisation du service de télésanté présente une structure de gouvernance locale qui est alignée avec les structures régionale et nationale existantes.

L'offre de service est évaluée pour sa pertinence par le comité tactique. La création du site Web dédié à la télésanté permet de rendre accessible toute l'information pertinente pour répondre aux préoccupations des familles et professionnels. Cependant, des défis sont présents; il faut mentionner l'inclusion et la participation des usagers et de leurs proches à tous les niveaux du processus. De plus, la démarche devrait s'améliorer en tenant compte du consentement éclairé ainsi que des droits et responsabilités des usagers.

Excellence des services santé physique

La rencontre avec l'équipe sur l'excellence des services a permis aux visiteurs de mieux connaître l'établissement et son leadership au point de vue clinique. L'équipe connaît bien ses risques et la façon de les gérer. L'équipe a mis en place une structure afin de mieux gérer la fluidité hospitalière. Elle a adapté ses services aux besoins de la population et au développement de services plus spécifiques, comme en témoigne le déploiement de la centrale de rendez-vous place Wicakemowin pour la communauté autochtone et l'ajout d'un agent de liaison culturelle. Un des enjeux est la nécessité de revoir de façon régulière l'offre de service et l'adaptation aux besoins croissants de la population dans un contexte de ressources limitées.

Service des urgences

Les services des urgences de la région sont très achalandés avec environ 200 visites par jour. Les instances de

gestion et de surveillance de la fluidité des activités cliniques se rencontrent quotidiennement afin d'améliorer la fluidité hospitalière et par le fait même désencombrer les services des urgences. Les équipes travaillent en mode de cogestion avec une participation médicale active dans une ambiance calme malgré le contexte difficile. Les visiteurs ont rencontré une équipe de gestion mobilisée et efficace, travaillant en interdisciplinarité afin de donner des soins pertinents et sécuritaires. La fermeture de lits a eu un impact délétère sur la fluidité, des pistes de solutions et des initiatives innovantes sont en cours. Dans ce contexte de débordements, il faut être très vigilant pour maintenir le degré de qualité des soins donnés à la population.

Soins critiques

Les équipes de soins intensifs sont compétentes et professionnelles. Tous les professionnels ont le souci d'offrir des soins sécuritaires et de qualité. La pénurie de personnel entraîne une fermeture de lits dans les deux centres. Le suivi des pratiques organisationnelles requises est bien ancré chez le personnel. Une certaine attention devra être accordée à la documentation. Des plans d'action locaux et le suivi d'indicateurs sont bien documentés. Un des enjeux de ce secteur est de maximiser les relations tant médicales qu'infirmières entre les deux centres pour optimiser et harmoniser les pratiques cliniques.

Unités d'hospitalisation

Les unités de soins visitées ont toutes des vocations multiples avec des clientèles variées, ce qui entraîne une polyvalence du personnel. Les intervenants ont le souci de donner des soins sécuritaires et de qualité. Le suivi des pratiques organisationnelles requises est fait, mais une attention devra être apportée à la documentation au dossier de l'usager. La planification du départ est un enjeu prioritaire dès l'admission. Les différentes équipes ont identifié leurs points forts et des plans d'amélioration ont été élaborés.

Pédiatrie et néonatalogie

Les équipes obtiennent un très haut taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) et aux critères à priorité élevée. Elles offrent des services sécuritaires et de qualité. Il y a beaucoup d'acquis concernant le cheminement de l'usager et la pratique centrée sur l'usager. Il est suggéré de poursuivre les efforts d'amélioration concernant le bilan comparatif des médicaments (BCM), la double identification et l'évaluation de la communication aux points de transition. Une attention particulière à la trajectoire entre la pédiatrie et le service des urgences ainsi que celui de la pédopsychiatrie est encouragée. L'implication des usagers dans les soins est digne de mention. Il conviendrait cependant de bonifier leur implication dans l'organisation des soins. La collaboration visant à harmoniser sur le territoire les outils et les processus en pédiatrie est présente.

Dons d'organes (donneurs décédés)

L'établissement est bien sensibilisé aux dons d'organes et de tissus. Une politique approuvée par le conseil d'administration démontre l'importance accordée à ce service. Un comité interdisciplinaire CISSS est en place. Le comité a identifié des objectifs d'amélioration pour la prochaine année, dont l'intégration d'une famille partenaire dans ledit comité. La promotion et la formation sont deux éléments clés prioritaires d'action. Il faut

féliciter les différentes équipes pour leur implication et leur générosité professionnelle dans le don d'organes et de tissus.

Soins ambulatoires

Des équipes engagées sont présents aux deux sites visités pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires dans l'ensemble des cliniques ambulatoires. La gestion et la priorisation des rendez-vous font l'objet d'un suivi pour permettre une optimisation. Il y a un souci pour la qualité qui est présent sur l'ensemble des secteurs ambulatoires. Les professionnels rencontrés soulignent leur sentiment d'appartenance pour leur secteur de travail. Il y a des défis qui sont particuliers à certains secteurs d'activités et des pistes de solution ont été partagées avec les équipes. Dans certains endroits, une attention particulière devrait être portée à la conformité aux pratiques organisationnelles requises.

Service d'imagerie et médecine nucléaire

Les services d'imagerie offerts répondent aux besoins de la population malgré le fait que le parc d'équipements n'est pas récent, à l'exception de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Des rencontres quotidiennes permettent de rallier les équipes vers les objectifs communs et de transférer l'information par l'entremise du tableau de gestion visuelle (TGV). Des défis de taille sont à venir, entre autres l'installation du service de la tomographie par émission de positrons (TEP) et le remplacement de la majorité des équipements. En médecine nucléaire, les équipes ont deux défis d'envergure: l'adoption de nouvelles normes de préparation de produits stériles et le déménagement du service. Le service est invité à analyser l'écart d'accessibilité entre les deux services d'IRM.

Services d'activités spécialisés à domicile

Il n'y a pas eu de visites à domicile, cependant les visiteurs ont pu observer le processus de formation afin de faciliter l'hémodialyse à domicile. Les évaluations sont structurées et élaborées conjointement avec les usagers. Les trajectoires et les ressources de communications sont bien organisées et claires. Malheureusement, ce programme n'a pas réduit la charge de travail en hémodialyse, et la capacité maximale est presque atteinte tant au Centre hospitalier de Lanaudière (CHDL) qu'à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG). Il s'agit d'un programme apprécié qui augmente l'autonomie ainsi que la qualité de vie des usagers. Considérant les objectifs ministériels de 40 % de la clientèle (hémodialyse et dialyse péritonéale), une optimisation des ressources apparaît incontournable.

Cheminement de l'utilisateur

La fluidité des épisodes de soins est bien encadrée par une structure de gestion comportant divers comités décisionnels. Une approche systémique basée sur les trajectoires des usagers est le modèle en place. Les gestionnaires ont accès aux données regroupées dans un tableau de bord visuel (TBV) facilitant ainsi la compréhension et la discussion des problématiques. Récemment, le volet des ressources humaines (RH) a été intégré au TGV. Lors des rencontres, tous les obstacles identifiés sont traités et des actions sont mises en

œuvre. Cependant, peu d'informations issues des rencontres sont enregistrées, ce qui rendra difficile la gestion des suivis des actions mises en place. Il est fortement recommandé de mettre un processus de compilation obligatoire des discussions des comités sous forme de comptes-rendus.

Oncologie

Le service d'oncologie de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur se retrouve dans des locaux adaptés aux services dans un environnement agréable, les usagers rencontrés ont signifié toute leur appréciation des services qu'ils reçoivent et de la qualité des membres de l'équipe. On y retrouve une équipe interdisciplinaire dévouée à sa clientèle. Il a cependant été souligné à l'équipe la nécessité de développer un plan d'intervention interdisciplinaire pour les usagers. Il faut souligner l'engagement du personnel à l'égard de ses usagers; les visiteurs ont été témoins de cet engagement lors de la visite.

Soins palliatifs et de fin de vie

Les soins offerts sont de qualité. Bon nombre de processus d'amélioration sont en place. Des équipes sont motivées et travaillent dans un climat de travail offrant une gamme de services centrés sur les besoins des usagers et leur famille. La satisfaction des usagers est évaluée régulièrement permettant ainsi une amélioration continue. L'ambiance est calme.

Services interventionnels et péri chirurgicaux, endoscopie

Le bloc opératoire se relève difficilement de la pandémie et fait face à de multiples problématiques; méthode d'entreposage des fournitures désuète, manque de personnel à plusieurs niveaux, accès à un nombre de lits d'hospitalisations insuffisants, transport de matériels souillés dans des chariots ouverts. Malgré un environnement difficile, le climat de collaboration est palpable au bloc opératoire et en endoscopie. Les priorités cliniques assignées sont bien alignées sur les temps d'attente. En endoscopie (HPLG), l'environnement physique est très restreint, ce qui engendre des problèmes de sécurité comme le risque de contamination croisée ou de chutes.

Excellence des services généraux

Des services de proximité sont offerts à travers de multiples installations situées dans un vaste territoire, urbain au sud et plus rural au nord. Les services sont conçus avec la participation des parties prenantes incluant la communauté de Manawan. Plusieurs comités de qualité incluent les patients partenaires. Plusieurs projets de qualité sont en place. Les équipes sont encouragées à adopter une culture de la mesure dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR)

L'AAOR constitue l'un des services 24/7 d'Info-Social et est la porte principale d'entrée du CISSS pour les demandes de service de nature sociale ou psychologique. Suivant la condition du client, l'intervenant social offrira 3 suivis téléphoniques, évaluera sa capacité de se prendre en charge en utilisant les outils du

Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) ou adressera une référence aux services communautaires ou aux services du CISSS. De bonnes pratiques sont en place pour accueillir et repérer la personne suicidaire, estimer la dangerosité de son passage à l'acte.

Service Info-Social

En 2018, le CISSS de Lanaudière a fusionné et consolidé son offre de service pour offrir un accès unique et simple avec la ligne 811 24/7, afin de répondre aux demandes en 1re ligne en Info-Social (811-2). Cette porte d'entrée unique permet de parler directement à un intervenant et d'avoir accès plus rapidement aux services psychosociaux du CISSS de Lanaudière. L'implantation récente du PQPTM comme modalité thérapeutique d'autosoins est soutenue par l'intervenant social pour une clientèle dont l'état clinique le permet. Le service a développé des liens étroits et très appréciés des partenaires de la communauté et partenaires du CISSS. Il est recommandé à l'équipe d'implanter le tableau de gestion visuel comme stratégie d'appropriation et de mobilisation de l'équipe aux objectifs d'amélioration continue de la qualité des services et de l'expérience de l'utilisateur.

Services de consultation sociale ou psychologique

Ce programme est un modèle exemplaire d'utilisateur partenaire dans les soins. Les équipes ont harmonisé leurs pratiques. Les équipes des services de consultation sociale ou psychologique sont encouragées à poursuivre des projets de qualité et d'adopter une culture de la mesure dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

L'équipe mobile de crise 24/7 est composée de ressources mixtes provenant principalement des intervenants sociaux d'Info-Social ayant reçu une formation spécialisée, de policiers et autres ressources appelées à se présenter dans la communauté. L'équipe est appelée à intervenir pour des actions brèves suivant la dangerosité (ex. : états suicidaires, suicide, homicide, désordre mental) et la vulnérabilité des personnes comme victime. Certaines interventions sont faites dans le cadre de la loi P-38 (mise en garde préventive) ou lors de situations impliquant des victimes d'agressions sexuelles, lors de désastres environnementaux, en cas de maltraitance et d'insalubrité où l'équipe de crise est susceptible de se déplacer.

Des liens étroits établis avec la communauté atikamekw ont amené l'équipe mobile de crise à se déplacer pour soutenir l'équipe sociale de la communauté. C'est un bel exemple de collaboration et partage des expertises professionnelles.

Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

L'établissement collabore avec des partenaires externes et la communauté en cas d'urgence et de sinistre, cela a été confirmé par les partenaires. Après tout sinistre, un débriefage de la situation et un processus d'intervention sont faits et des améliorations sont apportées. L'équipe est encouragée à continuer l'excellent service qu'elle offre en collaboration avec ses partenaires. Il est recommandé que l'équipe continue

l'élaboration du volet psychosocial dans le document de travail du plan des mesures d'urgence en contexte de sécurité civile.

Service Info santé

La ligne 24/7 811 Info-Santé est un service national avec des points de services régionaux. Le service est composé d'équipe d'infirmières compétentes et soutenues par des chefs d'équipe et une coordonnatrice clinique. Le temps d'attente en ligne pour parler avec une infirmière est en moyenne de 30 minutes et près de 15 % d'abandon. Un financement est à venir pour offrir un soutien clérical afin de dégager les infirmières de certaines tâches. L'un des défis est d'assurer le remplacement des postes en assurance salaire, puisque la majorité du plan de main-d'œuvre est titularisée. Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle en collaboration avec des usagers et intervenants. L'établissement est invité à reprendre les activités d'appréciation de la contribution sur une base périodique.

Services de soins primaires (Groupe de médecine de famille/GMF public)

L'ensemble des POR et des critères à priorité élevée applicables sont conformes. L'équipe dispense des services sécuritaires et de qualité. Le cheminement de l'utilisateur est généralement fluide tant à l'interne qu'avec les partenaires. Des trajectoires et mécanismes sont en place afin d'assurer un accès aux services en temps opportun en situation d'urgence. L'approche usager partenaire est bien présente dans la dispensation des soins comme dans l'organisation des services. Des liens étroits entre les GMF-U du Sud et du Nord sont en place afin d'harmoniser les outils et les processus.

Services de santé courants

Les services de santé courants sont bien organisés et efficaces dans les trois sites visités. Les demandes de services sont traitées avec diligences et le taux de satisfaction des usagers est élevé. Les équipes sont stables et mobilisées. Les services offerts sont la vaccination, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la planification familiale, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), le suivi et le traitement de plaies et l'injection de médicaments entre autres. Le secteur des IVG se retrouve dans des lieux respectant l'intimité et dans un environnement paisible.

Bonne continuation!

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Le CISSS de Lanaudière prend acte du présent rapport d'agrément ainsi que des commentaires et recommandations formulées par les visiteurs concernant la qualité des services offerts aux usagers et à la population de la région.

Nous remercions d'emblée les visiteurs d'agrément qui ont reconnu les efforts dévolus à la qualité, la sécurité ainsi que la conformité de nos services. Cette visite suivant des années de pandémie marquée par plusieurs enjeux, le CISSS est particulièrement fier des résultats et de la préparation à cette visite. Il importe de souligner l'engagement des équipes cliniques et de leurs gestionnaires qui ont permis d'atteindre ces résultats.

La rétroaction réalisée par l'équipe de visiteurs est juste et constructive et sera porteuse pour la démarche d'amélioration continue qui se poursuivra.

Par ailleurs, nous nous engageons à poursuivre nos efforts, notamment afin d'améliorer nos pratiques en matière d'évaluation de la conformité de l'hygiène des mains, de transfert de l'information aux points de transition des soins, et poursuivre le développement d'une culture de la mesure et d'implications des usagers et des proches dans la gouvernance des soins et des services.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.58 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.108 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.28 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.29 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.24 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire 11.1.58
<p>Liste de contrôle d'une chirurgie Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.73

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.34
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.2.1 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile 15.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.104

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.41

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.6 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.17 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.5.15 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.18 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
1.5.19 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
1.5.22 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7.2 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

Commentaires des visiteurs**Chapitre 1 - Excellence des services**

Des sondages de satisfactions auprès de la clientèle ont eu lieu en préparation de la visite. Il est recommandé de réaliser des sondages de façon régulière afin de connaître le niveau de satisfaction des usagers et d'apporter les correctifs nécessaires par la suite.

De plus, les équipes sont encouragées à intégrer des usagers dans les rencontres de planification de nouveaux services et de nouvelles constructions afin que ces dossiers puissent se réaliser avec l'apport des usagers.

La pandémie a occasionné l'augmentation significative des listes d'attentes dans plusieurs secteurs diagnostiques et de chirurgie. Cela devient un enjeu majeur pour l'établissement qui travaille actuellement à des pistes de solutions. Une entente selon l'article 108 a été signée avec une clinique médicale spécialisée (CMS) pour la clientèle nécessitant une chirurgie d'un jour ou des examens endoscopiques selon certains critères. En parallèle, les équipes débutent des travaux sur la pertinence, les équipes sont encouragées à poursuivre en ce sens leurs travaux afin d'améliorer l'accès aux services dans les délais requis.

Il importe de souligner les travaux réalisés pour introduire de nouveaux titres d'emploi dans les équipes soignantes, dont l'introduction des kinésiologues en prévention du déconditionnement des usagers, lors de l'hospitalisation dans le contexte de pénurie de ressources en réadaptation.

Il convient également de souligner le déploiement de la centrale de rendez-vous Place Wicakemowin pour la communauté autochtone et l'ajout d'un agent de liaison culturelle afin d'offrir des services adaptés aux besoins spécifiques de la communauté atikamekw.

Des efforts ont été réalisés afin de réorienter la clientèle qui se présente au service des urgences pour des problématiques d'urgence mineures pouvant être traitées en première ligne. C'est un maximum de 28 % de réorientation qui a été réalisé sur un territoire du CISSS. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts afin de réduire le volume important de clientèle qui se présente au service des urgences.

Suite à la visite et à la documentation consultée, le visiteur n'a pas eu de preuve que des indicateurs sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés à chaque objectif d'amélioration. L'équipe est encouragée à développer ces indicateurs.

Lors des consultations auprès de l'équipe rencontrée, il a été constaté que les membres de l'équipe ne sont pas évalués régulièrement. L'équipe est encouragée à réactiver le processus d'évaluation du rendement de chaque membre des équipes tout comme leur plan d'amélioration le spécifie.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.3 Une formation particulière sur la prestation de services de santé d'urgence aux usagers en pédiatrie est fournie à l'équipe.	
2.1.33 Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu.	
2.1.42 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.43 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
2.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

Centre hospitalier de Lanaudière

Lors de la visite, les services des urgences étaient très achalandés avec un taux d'occupation au-dessus de 150 %. Au Centre hospitalier de Lanaudière (CHDL), 47 usagers attendaient d'être hospitalisés.

Bien que la situation soit difficile, l'ambiance est restée calme et les activités de soins se sont déroulées avec beaucoup d'empathie.

La participation médicale à la gestion est remarquable, les équipes travaillent en cogestion. La prise en charge des usagers est réalisée en interdisciplinarité. Un programme d'orientation et de formation est en place autant pour le personnel infirmier que pour les médecins. Ces derniers ont accès à un programme complet de formation continue.

Dix-sept pour cent de la population desservie par le service des urgences sont de la clientèle pédiatrique. Il est recommandé aux gestionnaires d'offrir au personnel infirmier des formations spécifiques en

pédiatrie. D'ailleurs, les urgentologues ont accès à des formations en pédiatrie qui sont partagées avec les infirmières. Il est fortement recommandé de mettre en place un programme de formation en pédiatrie compte tenu du nombre des enfants qui consultent le service des urgences.

Il faut souligner les efforts réalisés pour augmenter le taux de rétention du personnel, une approche de fidélisation est en place pour augmenter la rétention du personnel.

Il convient aussi de souligner la présence d'un pharmacien clinicien attiré au service des urgences qui permet une prise en charge des pathologies où la gestion de la médication représente un enjeu majeur.

L'évaluation du risque suicidaire est bien consolidée, les usagers à risque sont pris en charge très rapidement.

Hôpital Pierre-Le Gardeur

Les visiteurs ont rencontré une équipe de cogestion médico-administrative dynamique qui s'assure de trouver des pistes de solutions à l'achalandage et à l'efficacité du service.

Il faut souligner la mise en place d'une infirmière clinicienne à l'encadrement de la relève qui soutient au niveau clinique les nouvelles recrues et est disponible pour répondre à toutes demandes d'expertise clinique en soins infirmiers auprès de l'équipe sur les 3 quarts de travail.

Un encombrement est observé dans les corridors du service des urgences. Le service des urgences dépasse régulièrement sa capacité d'accueil en ce qui concerne les civières, mais il y a beaucoup de matériel aussi dans les corridors.

L'équipe du service des urgences est proactive et tente d'apporter de nouvelles pistes afin de répondre à l'affluence de clientèle. Il serait avantageux que le service des urgences puisse bénéficier de plages horaires réservées dans les spécialités en clinique externe ou pour certains examens en externe afin de pouvoir en soirée ou de nuit planifier des visites dans ces services pour des clientèles stables qui peuvent revenir en externe le lendemain ou à court terme.

Dans les dossiers vérifiés par le visiteur et lors des échanges avec les membres du personnel, il a été noté que le consentement aux soins à l'admission au service des urgences n'est pas réalisé. Les gestionnaires sont conscients de cette lacune et travaillent pour trouver des pistes de solutions afin d'assurer que les

consentements aux soins soient réalisés dès l'admission.

Des agents administratifs ont été ajoutés récemment et l'équipe est en train de vérifier comment ils peuvent les mettre à profit dans cette démarche.

Il a été noté et souligné à l'équipe, lors de la visite, la présence de matériel propre dans l'utilité souillée. L'équipe est encouragée à trouver des pistes de solutions afin d'éviter cette situation.

La moyenne d'âge de la clientèle au service des urgences est souvent élevée. L'équipe a mis en place l'approche adaptée à la personne âgée. Il a été proposé à l'équipe d'effectuer des audits afin de s'assurer que l'approche est bien mise en place.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.19 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
3.1.20 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.61.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. 3.1.61.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 3.1.61.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
3.1.64 Le risque de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	!
3.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
3.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
3.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
3.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
3.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'usager et la famille.	!

3.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'usager et la famille.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Les différentes unités d'hospitalisation visitées ont toutes des vocations variées avec des clientèles de différentes spécialités. Cette réalité oblige les intervenants à être très polyvalents. Bien que de la formation soit dispensée, il n'en demeure pas moins que le personnel doit s'ajuster au quotidien pour répondre aux différentes problématiques des usagers.

En plus d'avoir intégré les patients COVID + de la première vague, l'unité de médecine de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) a intégré la clientèle d'hémato-oncologie dans les derniers mois, ce qui a entraîné un alourdissement de la charge de travail. Il est suggéré à l'équipe de revoir l'organisation de soins de l'unité afin d'offrir des soins sécuritaires. Toutes les équipes visitées ont le souci de planifier le départ dès l'admission afin d'identifier les obstacles potentiels et de faire intervenir les différents professionnels pour trouver des solutions. Des rencontres quotidiennes de planification de soins sont en place pour le suivi de la clientèle. Les équipes de soins sont très agiles à répondre aux besoins de la clientèle. Un programme de marche est en place afin d'éviter le déconditionnement.

Les équipes connaissent les actions préventives pour lutter contre les plaies de pression et les chutes, mais la documentation au dossier mérite une attention particulière. Les audits effectués par l'unité de médecine 4 Ouest, de HPLG vont dans le même sens. Cette même unité libère un intervenant pour faire les audits et un suivi est fait au besoin. Une culture de déclaration des incidents-accidents est en place. Des suivis sont faits en fonction de la situation et des événements sentinelles. Des tableaux de gestion visuels (TGV) sont en place sur les unités et sont utilisés de façon variable.

L'unité de médecine 5A de Joliette a été visitée. L'unité compte 43 lits qui sont occupés par trois grands groupes d'usagers; usagers ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC), usagers du service des urgences et usagers postopératoires ayant eu une chirurgie orthopédique. Cette unité a une pharmacienne sur l'étage qui gère sur place l'ensemble des médications pour les usagers ainsi que l'anticoagulation. Un autre point fort est la présence d'une infirmière pivot qui assure un lien constant entre les divers intervenants et offre une coordination importante pour les usagers. La chef d'équipe est très dynamique et a développé plusieurs traceurs afin d'assurer une excellente qualité des soins. Les 9 pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes selon l'évaluation effectuée sur cette unité.

Il semble cependant que les usagers sont moins impliqués dans leurs choix de santé, particulièrement par rapport à leurs médications. L'environnement physique démontre l'âge de construction, car l'unité a

seulement 7 chambres individuelles et 3 chambres à quatre lits. Ceci ajoute à la complexité de gestion des lits dans une unité où il n'y a pas de spécificité de programme.

L'unité Cardiologie 7A de 48 lits est à vocation multiple avec une majeure pour la clientèle de cardiologie. La prise en charge des usagers est rapide et les équipes sont proactives pour trouver des solutions aux différentes problématiques de soins. L'unité est encombrée et beaucoup d'irritants mineurs sont rapportés par les intervenants. L'équipe est encouragée à offrir des ateliers « 5S » pour corriger certaines lacunes, en particulier en ce qui a trait au matériel souillé, et à augmenter la motivation du personnel. En plus de la clientèle variée, l'équipe doit faire le suivi des télémétries. Cette situation augmente la charge de travail et crée chez le personnel un sentiment d'insécurité. Une nouvelle gestionnaire et un nouvel assistant-infirmier-chef sont impliqués et sont encouragés à donner un souffle nouveau à cette unité. L'équipe doit réviser l'utilisation de tableau au chevet du patient afin de respecter la confidentialité. Les indicateurs de performance et les audits de qualité sont disponibles et diffusés au personnel.

Une équipe très motivée a été rencontrée à l'unité 4 Est, de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Les équipes travaillent en interdisciplinarité avec les équipes médicales. L'unité admet trois types de clientèle, à savoir spécialité cardiologie, spécialité AVC et médecine générale. De plus, les usagers en NSA (niveau de soins alternatifs) sont aussi sectorisés dans cette unité.

Cette clientèle variée en médecine adulte amène un défi non négligeable : la polyvalence du personnel de soins en ce qui concerne les compétences et les habilités. De surcroît, le profil des usagers admis est majoritairement gériatrique avec des troubles cognitifs et d'autres maladies concomitantes.

Le ratio actuel de prise en charge de cette clientèle est 1 infirmière et 1 préposé aux bénéficiaires (PAB) pour 10 usagers (jour); il serait souhaitable de revoir le ratio avec les équipes afin de prévenir la démotivation et démobilitation, et ce, après deux ans et demi de pandémie.

Les équipes se sentent toujours soutenues par les gestionnaires qui sont à leur écoute. Un tableau de gestion visuel permet aux équipes d'améliorer la qualité et la sécurité des usagers en ayant une instance de discussion et de partage des bons coups.

L'unité est propre, il n'y a presque pas d'encombrements, tout le monde travaille dans une ambiance calme. Quant à la formation du personnel, l'élaboration d'un programme de formation spécifique pour ce type de clientèle afin de mieux outiller les soignants semble pertinente. Il faut mentionner que les infirmières sont formées actuellement en télémétrie afin de devenir autonomes dans la lecture de télémétrie qui se fait actuellement conjointement avec l'unité coronarienne.

Des mesures et des indicateurs d'amélioration de la qualité sont suivis régulièrement. Enfin, l'utilisateur et sa famille rencontrés par le visiteur ont exprimé leur énorme satisfaction en ce qui concerne les soins et services reçus.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.2 Un cadre est établi pour la prestation de soins critiques de proximité à l'intérieur de l'organisme ou à d'autres organismes, selon le cas.	
4.1.4 Les effectifs nécessaires sont déterminés et maintenus pour offrir une qualité de service constante à toute heure, et ce, tous les jours.	
4.1.23 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
4.1.24 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
4.1.27 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
<p>4.1.41 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p> <p>4.1.41.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p>	
<p>4.1.74 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.74.1 Principal: L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>4.1.74.2 Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.74.4 Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	

4.1.74.5	<p>Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
4.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
4.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
4.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
4.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
4.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 4 - Services de soins critiques		

L'unité de soins intensifs et coronariens du Centre hospitalier de Lanaudière (CHDL) est moderne et dispose du matériel spécialisé nécessaire pour répondre aux besoins de la clientèle. Actuellement, l'unité a un fonctionnement en nombre de lits limité en raison de la pénurie d'effectifs. Les titulaires de postes sont au nombre de 40-45 % du besoin réel. La direction a pris la décision de fermer des lits au nombre de 6 dans le secteur de l'unité coronarienne. Le personnel est polyvalent et peut répondre aux besoins des différents types de clientèle.

Le cadre de référence et les politiques d'admission datent de 2012 pour les deux secteurs. L'équipe est encouragée à réviser ce document et à y intégrer des critères d'admission, considérant la disponibilité limitée des lits. L'équipe connaît très bien ses corridors de service et des ententes de partenariat sont en

place. La présence sur place du personnel dédié au transport est un avantage important dans la prise en charge médicale urgente. Il existe une belle complicité et une excellente collaboration entre les différents professionnels et médecins qui y travaillent. Tous les intervenants ont à cœur de donner des soins sécuritaires et de qualité.

Il faut noter la formation continue effectuée en misant sur des activités de simulation clinique données par l'équipe médicale. Le personnel apprécie grandement ces formations. Le programme d'orientation du nouveau personnel est bien défini avec des objectifs qui doivent être maîtrisés.

Un tableau de communication est disponible dans la salle de pause des employés. Différentes stratégies sont mises en place pour s'assurer que le personnel est informé des changements et des nouveautés. L'équipe a identifié différents points d'amélioration, dont le recrutement et l'évaluation annuelle des employés.

Des plans d'action sont à faire. Le suivi des indicateurs est fait en partenariat avec les différentes directions.

L'organisation des soins infirmiers mérite une attention afin d'optimiser les rôles et responsabilités des intervenants en soins infirmiers et de rendre imputable chaque intervenant dans ses interventions.

L'équipe est encouragée à faire des analyses comparatives pour optimiser le travail infirmier, en particulier le rôle de l'assistante-infirmière-chef.

Les intervenants connaissent les actions préventives pour éviter les chutes. Cependant, l'évaluation du risque de chute n'est pas effectuée et n'est pas documentée au dossier. Il serait pertinent que l'établissement fasse de la formation afin de renforcer cette pratique organisationnelle dans le milieu de soins critiques.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est entrepris dès l'admission, mais il est difficile de retrouver l'information au dossier. Il faut noter la participation des infirmières pour l'actualisation du BCM. Le secteur est encouragé à revoir la documentation du BCM et à la regrouper dans un même document.

Il a également été observé que le consentement aux soins n'est pas documenté au dossier de l'utilisateur, et ce, même après plusieurs jours d'hospitalisation. L'équipe est encouragée à s'assurer que le consentement aux soins est signé selon les règles légales. La POR concernant la transmission de l'information aux points de transition n'est pas conforme, mais des documents de travail circulent actuellement pour uniformiser la transmission de l'information aux points de transition dans le CISSS de Lanaudière.

L'équipe de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) est une équipe dynamique dont le mot d'ordre est le travail d'équipe, la collaboration et le sens professionnel. L'équipe répond aux besoins de la clientèle en soins critiques (17 lits) et de l'unité coronarienne (12 lits). Plusieurs lits du côté des soins critiques sont fermés en raison d'un manque de personnel. Dès le début de la pandémie, l'équipe a été désignée comme centre receveur de la clientèle en soins critiques COVID + de la région. L'équipe a su s'adapter et faire preuve de résilience pour répondre à cette nouvelle réalité. La gestionnaire a fait appel au programme d'aide aux employés pour les soutenir dans cette nouvelle réalité, belle initiative. L'équipe est en mode recrutement pour optimiser l'utilisation des lits. Une rencontre quotidienne de planification des soins pour l'ensemble des professionnels est faite pour établir le plan de match pour les différents patients. L'équipe est encouragée à revoir le fonctionnement de cette rencontre afin d'optimiser le temps consacré aux soins de l'utilisateur. Le suivi des pratiques organisationnelles requises est bien fait. La documentation au dossier mérite une certaine attention. Des plans d'amélioration sont déjà identifiés par l'équipe. Le bilan comparatif des médicaments est bien intégré et implanté grâce à la collaboration de la pharmacie. L'installation de stimulateur cardiaque par un cardiologue est une nouvelle avenue pour les soins de l'utilisateur. Cependant, il aurait lieu d'optimiser ce nouveau service.

Les équipes tant médicales qu'infirmières ont peu de contact entre les deux pôles. Il serait très pertinent d'établir des rencontres statutaires pour harmoniser les pratiques et de discuter des problématiques communes aux deux sites.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
5.1.21 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
5.1.28 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 5.1.28.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
5.1.58 Une procédure conforme aux lois est suivie pour fournir un soutien à la prise de décision, en partenariat avec l'usager et la famille, sur le choix de recourir à des moyens de maintien artificiel de la vie, de les refuser ou d'y mettre fin.	
5.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	

Il faut souligner l'engagement de l'équipe de néonatalité auprès de la clientèle. À la suite de la visite, une seule pratique organisationnelle requise n'est pas conforme et tous les critères à priorité élevée sont conformes. Le personnel dispense donc des services hautement sécuritaires et de qualité. Il est toutefois fortement invité à systématiser la vérification de deux identificateurs uniques, tel que requis.

Quelques éléments mériteraient certaines améliorations. L'organisation du milieu pose certains défis concernant la confidentialité. Une vigilance particulière devrait être exercée par le personnel afin de limiter autant que faire se peut l'accès aux informations confidentielles. Il est aussi important que le personnel s'assure de maintenir à distance le matériel propre du matériel souillé. Il est à espérer que le déménagement prévu dans de nouveaux espaces pourra permettre de régler ces aspects de façon permanente.

Des actions proactives sont en place pour faire face à d'éventuels débordements. Un plan de surcapacité est élaboré et des discussions régulières avec des collègues des CISSS de Laval et des Laurentides ont été mises en place. Les trajectoires de soins et de services sont généralement fluides tant à l'interne qu'avec les partenaires externes.

Les parents consultés sont unanimement satisfaits des services offerts. Ils se sentent respectés et pleinement impliqués. On s'adresse à eux dans des termes qu'ils comprennent. Ils sont à l'aise de poser des questions et reçoivent les informations et les précisions dont ils ont besoin tant du personnel que des pédiatres. Il importe de souligner que les parents ont été consultés dans le cadre du projet de construction. Cela semble un premier pas visant à impliquer davantage les usagers dans l'organisation des services. L'équipe est invitée à poursuivre dans cette direction.

Du directeur au chef de service, en passant par l'équipe, tous sont en mode solution pour faire face à plusieurs défis. La présence 24/7 sur l'unité d'une chef d'équipe permet d'assurer la présence d'une ressource expérimentée en tout temps et le maintien de l'expertise avec la disponibilité de ce mentorat. Des défis de recrutement demeurent toutefois pour combler les présences en soirée.

La cogestion médico-administrative est bien en place avec les chefs médicaux des trois spécialités concernées (pédiatrie, gynécologie et obstétrique). Les gestionnaires de la néonatalité et de la natalité travaillent main dans la main. Il y a beaucoup d'entraide.

La néonatalité est une expertise pointue. Il serait important que certaines formations soient davantage adaptées à la clientèle. La formation concernant la prévention des plaies de pression pourrait être un exemple.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
<p>6.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>6.1.29.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<p>6.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.35.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>6.1.35.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p>	
<p>6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.58.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	

6.1.59	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
6.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
6.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Les équipes de pédiatrie sont soucieuses d'offrir des services sécuritaires et de qualité. Elles atteignent un bon niveau de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) et aux critères à priorité élevée. Au total, trois POR ne sont pas conformes au Centre hospitalier de Lanaudière (CHDL) et deux POR ne sont pas conformes à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG). Les deux équipes sont invitées à renforcer l'utilisation systématique de deux identificateurs uniques ainsi que l'évaluation de l'efficacité de la communication, qui est d'ailleurs le seul test de conformité de la POR concernant les communications aux points de transition qui n'est pas conforme.

Concernant l'équipe de pédiatrie du CHDL, il serait aussi important de s'assurer qu'un bilan comparatif des médicaments (BCM) est systématiquement réalisé et consigné au dossier.

Parmi les zones d'amélioration possibles, les équipes sont invitées à une plus grande vigilance concernant l'évaluation préventive du risque de chute. Bien que le risque de chutes soit un critère d'exclusion pour la clientèle adulte et que les chutes surviennent rarement pour la clientèle jeunesse, il est important de se situer dans une perspective préventive. Enfin, une attention particulière devrait être portée à la proximité entre le matériel souillé et le matériel propre, proximité observée dans les unités de pédiatrie.

Il importe de souligner l'importante capacité d'adaptation et l'agilité de l'équipe de pédiatrie de HPLG qui a connu deux déménagements dans le contexte de la pandémie. Elle a su, malgré le contexte, maintenir une approche centrée sur les usagers. La reconnaissance des usagers concernant la qualité des services reçus en témoigne. Les personnes rencontrées considèrent que le personnel offre de très bons services, qu'il est respectueux et à l'écoute. Tous les commentaires reçus sont très positifs. Le taux de satisfaction est élevé.

Les équipes de pédiatrie sur le territoire de Lanaudière reçoivent une clientèle jeune et adulte. Dans ce contexte, elles font face au défi de maintien de l'expertise et doivent posséder des compétences diversifiées.

La continuité des soins pourrait être bonifiée à certains égards. Des améliorations seraient souhaitables concernant la transmission de l'information entre le service des urgences et la pédiatrie dans les deux centres hospitaliers (CH), de même que concernant l'accessibilité aux services de pédopsychiatrie. La trajectoire établie entre les services des urgences pour les P4 et les P5 des cliniques externes en pédiatrie serait parfois sous-utilisée, entraînant des hospitalisations évitables au service des urgences.

Les équipes des deux unités de pédiatrie travaillent ensemble afin d'harmoniser les documents et les pratiques. La co-gestion médico-administrative est en place. On constate une excellente collaboration entre les membres de l'équipe et les pédiatres.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
7.1.97 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
7.1.107 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 7 - Services d'oncologie	

Lors de la visite, le visiteur a rencontré tous les professionnels de l'équipe. Il a été noté qu'une rencontre interdisciplinaire a lieu chaque semaine afin de discuter des nouveaux cas et de certaines situations pour certains usagers. Il n'y a pas de plan interdisciplinaire par ailleurs élaboré lors de cette rencontre. Les usagers sont rencontrés individuellement par certains professionnels tout au long de leur épisode de service en oncologie, mais ces rencontres ne sont pas identifiées dans un plan.

L'équipe est encouragée à utiliser le formulaire pour la documentation du plan d'intervention interdisciplinaire développé par le CISSS.

Une équipe engagée auprès de la clientèle a été rencontrée. Il a été possible de constater auprès des usagers leur niveau d'appréciation des membres de l'équipe. Ils se sentent bien entourés et ils ont confiance en l'équipe.

L'équipe se rencontre régulièrement pour participer à des activités de formation continue. Ces activités sont grandement appréciées et mobilisent ses membres. Des rencontres d'équipe sont organisées aussi devant le tableau de gestion visuel pour discuter des pistes d'améliorations et prendre connaissance des principaux indicateurs afin d'apporter des améliorations.

Le volume d'activité de la clinique d'oncologie est en constante évolution. Récemment, des travaux ont permis d'augmenter la superficie de la salle de traitement. Par ailleurs, au rythme d'augmentation des activités, l'équipe devra réfléchir à une réorganisation afin d'assurer de maintenir un accès adéquat face à la demande.

Les partenaires en radio-oncologie reconnaissent le travail effectué par la clinique et identifient le partenariat très positivement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
<p>8.1.34 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.1.34.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p>	
<p>8.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.</p>	
<p>8.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.</p>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Épisode de soins

L'accès aux soins et services est bien structuré. Il existe un seul point de chute de demandes d'accès où une infirmière dédiée aux soins palliatifs (IDSP) s'occupe de faire l'évaluation des demandes. L'IDSP est disponible de lundi au vendredi. Un projet pour ajouter une autre ressource pour une couverture 7/7 est en cours. Dans la même unité, on trouve la clinique externe en soins palliatifs pour des consultations en ambulatoire.

Quant à la fluidité des admissions, l'IDSP commence la journée au service des urgences afin de mieux évaluer les usagers ayant des besoins en soins palliatifs pour contribuer à la fluidité.

L'implication de l'équipe médicale est remarquable, elle participe activement à la coordination de soins.

La participation et l'implication des usagers et de leurs proches sont au cœur des valeurs des équipes.

L'accès aux soins spirituels est assuré, peu importe l'appartenance culturelle de l'usager. Il convient de souligner l'accès à la musicothérapie; un piano est disponible sur place.

Pour chaque usager, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et un plan thérapeutique infirmier (PTI) sont réalisés. Ces derniers sont révisés tous les mercredis. Il faut mentionner l'intégration des bénévoles aux équipes soignantes.

Les soins donnés sont sécuritaires : les risques des chutes, les risques de développer des plaies de pressions sont identifiés. Les soins sont bien coordonnés par la chef et l'IDSP.

Cependant, le processus du bilan comparatif des médicaments (BCM) est à améliorer. Les équipes sont encouragées à revoir le processus au complet afin que le formulaire placé au dossier soit signé par le médecin lorsque le BCM est complété à l'admission.

Les trajectoires des usagers en soins palliatifs et de fin de vie sont établies et connues par l'ensemble de l'organisation.

Le projet sur l'implication précoce des soins palliatifs dans le cheminement en oncologie augmentera énormément la qualité des soins en diminuant peut-être des interventions sans valeur ajoutée.

La prévention des chutes se fait à l'aide d'une règle de soins infirmiers. L'approche utilisée est la pratique collaborative des équipes soignantes.

L'implication des bénévoles est à souligner. Le bénévole participe également aux rencontres interdisciplinaires tenues tous les mercredis pour mettre à jour le PII.

Les espaces sont bien aménagés pour que l'unité ressemble davantage à un milieu de vie. Il faut noter la grande terrasse disponible pour les usagers et leurs proches pour passer des moments ensemble dans une ambiance chaleureuse.

Bon nombre de projets d'amélioration ont été réalisés. L'équipe est encouragée à poursuivre ce chemin vers l'excellence des services.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.1 L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.	
9.1.3 Le chauffage, ventilation et climatisation dans le secteur où les interventions chirurgicales et invasives sont réalisées sont surveillés et maintenus, et ce, conformément aux normes, aux lois et aux règlements applicables.	
9.1.7 La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile.	!
9.1.12 Les articles contaminés sont transportés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.	!
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!
9.1.14 Lors du transport d'équipement ou d'appareils et instruments contaminés, les lois en vigueur sont respectées, les conditions environnementales sont vérifiées et des contenants, boîtes, sacs et véhicules de transport propres et appropriés sont utilisés.	!
9.1.23 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
9.1.24 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
9.1.27 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
9.1.73 Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération. 9.1.73.5 Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en oeuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.	

9.1.93	Les procédures sur le frottage des mains et sur le port de la blouse et des gants sont suivies.	!
9.1.104	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	POR
9.1.104.1	Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	
9.1.108	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
9.1.108.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
9.1.122	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
9.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR
9.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
9.2.1.3	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.	
9.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!

9.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

9.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Le bloc opératoire se relève difficilement de la pandémie et fait face à de multiples problématiques : méthode d'entreposage des fournitures désuète, manque de personnel à plusieurs niveaux, accès à un nombre de lits d'hospitalisations insuffisants, transport de matériels souillés dans des chariots ouverts. Deux pratiques organisationnelles requises (POR) ont été cotées non conformes sur un total de 9. L'établissement est encouragé à s'assurer qu'il y a une grande rigueur par rapport à l'hygiène des mains et l'écoute de tous lors du « time out ». Il s'agit de méthodes très efficaces pour prévenir des complications.

Un rehaussement de certaines ressources pourrait faire l'objet d'une évaluation organisationnelle afin de faire face aux listes d'attentes grandissantes et permettre une meilleure utilisation du personnel dans un contexte de pénurie. Des traceurs intéressants pour suivre l'évolution de la situation sont en place et l'efficacité de toutes solutions pourra être évaluée par secteur d'activité.

Dans l'ensemble, le code vestimentaire, le frottement des mains, le port de blouse et de gants au bloc opératoire est respecté. Cependant, l'établissement devrait communiquer aux diverses équipes un rappel sur une rigueur exemplaire.

La coopération entre les divers groupes de travail (anesthésie, chirurgiens, infirmières, inhalothérapeutes, auxiliaires, PAB...) mérite d'être soulignée. Le climat de collaboration est palpable au bloc opératoire et en endoscopie. Les priorités cliniques assignées sont bien alignées sur les temps d'attente. Les usagers sont guidés vers une trajectoire de la première approche vers la préadmission. De nouvelles approches (ex. en orthopédie) ont permis de réduire les durées d'hospitalisation et de favoriser un retour à la maison optimisé. Le protocole ERAS, l'ajout d'une pharmacienne et d'une gestionnaire de cas au 5a (CHDL), semble avoir eu des effets positifs tout en assurant un suivi plus sécuritaire pour l'utilisateur.

En endoscopie, l'environnement physique (les espaces) est très restreint. Ceci engendre de possibles problèmes de sécurité comme le risque de contamination croisée ou un risque accru de chutes d'utilisateurs avec un profil gériatrique. La confidentialité est difficilement respectée tout le temps, car l'infirmière auxiliaire qui réalise la première évaluation à l'accueil ne dispose pas d'un espace fermé. Elle doit réduire la tonalité de sa voix pour éviter que des renseignements personnels soient entendus par les usagers assis dans la salle d'attente.

L'accès aux examens est une problématique connue par les gestionnaires qui essaient de trouver des

moyens pour augmenter l'offre. Malheureusement, les demandes sont de plus en plus nombreuses. La liste d'attente en gastroscopie est un grand défi pour l'établissement, car le délai d'attente peut atteindre jusqu'à 3 ans.

L'intégration d'une infirmière clinicienne en endoscopie digestive est une plus-value pour le service. La pertinence des demandes est évaluée en permanence par cette infirmière conjointement avec les médecins, surtout pour les demandes de colonoscopie.

Le retraitement des endoscopes respecte les normes de bonne pratique dans la grande majorité des étapes du processus.

Les interventions sont sécuritaires et de qualité, répondant aux exigences des meilleures pratiques.

En résumé, tant au bloc opératoire du Centre hospitalier de Lanaudière (CHDL) qu'en endoscopie de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPGL), l'ambiance de travail est bonne. La collaboration étroite et l'entraide entre les divers groupes de travail représentent une plus-value notable. Le manque d'espace est criant dans les deux environnements, cependant le grand projet d'agrandissement prévu pour 2025 en endoscopie permettra sans doute de pallier certaines problématiques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
<p>10.1.24 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>10.1.24.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
10.1.31 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<p>10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	
10.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
10.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	
10.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	

Le suivi des listes d'attente ainsi qu'une réelle culture d'aide et de coopération existent dans l'établissement visité.

CHDL (Services ambulatoires)

Il a été observé une combinaison des solutions structurantes telles que l'accueil clinique, la médecine de jour et la création d'une clinique de relance du service des urgences. Les contraintes physiques sont certaines, cependant le souci de maintenir une approche positive envers la clientèle est évident et il est accompagné d'un grand respect pour la confidentialité.

Il est suggéré d'uniformiser la double identification parmi les diverses cliniques externes. L'utilisation de chariots spécifiques pour le transport de matériels souillés en zone propre pourrait être considérée. Un manque de connaissances est perçu sur la manière d'accéder au comité éthique de la part du personnel; une formation en ce sens est recommandée.

Les visiteurs ont été agréablement surpris par la grande implication de la communauté et du personnel envers l'établissement visité (ex., projet Place Wicakemowin, impressionnant tableau de donateurs, bénévoles omniprésents, bienveillance du personnel et des bénévoles envers les usagers).

HPLG (Services ambulatoires)

Le département d'hémodialyse compte sur 151 places; cependant, seulement 138 places sont occupées par des usagers en dialyse conventionnelle.

Le respect et la bienveillance font partie de valeurs de l'équipe.

Parmi leurs réalisations, il a été constaté une rigueur envers la double identification, un souci pour l'environnement physique, le soutien aux usagers (feuillet d'information, cours de groupe en mode virtuel)

Excellente collaboration et travail d'équipe. Une culture de mesure est existante avec des tableaux de gestion visuels (TGV) toutes les 2 semaines.

Il y a des efforts considérables en conciliation travail-famille comme méthode de rétention; cependant, il y a des défis partagés comme la pénurie du personnel spécialisé afin de répondre à une forte augmentation de la demande.

Un des défis importants dont l'équipe est consciente est celui d'inclure les usagers dans la création, mise en œuvre et évaluation de l'épisode de soins.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.42 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
11.1.58 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 11.1.58.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
11.1.72 L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et des usagers en pédiatrie contre les rayons X.	
11.1.103 L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.	
11.1.104 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	
11.1.105 L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	
11.1.109 Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques (NRD) dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
11.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
11.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire**

Les deux services d'imagerie offrent des services qui répondent à la demande malgré le fait que le parc d'équipements n'est pas récent et que la pénurie de main-d'œuvre est bien présente.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'exception à cette règle. Pour ce service, les indicateurs démontrent qu'une amélioration est à apporter pour réussir à combler la demande actuelle. Des pistes de solutions sont envisagées et l'avènement d'un nouvel équipement laisse présager une solution stable à court terme.

En ce qui concerne les stratégies mises en place pour pallier la pénurie de main-d'œuvre, il faut souligner les efforts déployés au niveau de la conciliation travail-vie privée.

Des défis de taille sont à venir, entre autres l'installation du Service de la tomographie par émission de positrons (TEP), le remplacement de la majorité des équipements. En médecine nucléaire, deux défis d'envergure sont aussi envisagés, soit l'adoption de nouvelles normes de préparation de produits stériles et le déménagement du service, et, ce à court terme.

Le service est invité à analyser l'écart d'accessibilité entre les deux centres aux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en augmentant l'accessibilité et, de concert avec l'équipe médicale, à évaluer la pertinence des ordonnances.

Des pistes de solution ont été évaluées avec les équipes pour améliorer la gestion documentaire (registres, formulaires, procédures) afin d'assurer la pérennité de la sécurité et de la qualité des services.

Des équipes dévouées ayant développé des canaux de communication efficaces ont été rencontrées. Des rencontres périodiques permettant de rallier les équipes vers les objectifs communs et de transférer l'information par l'entremise du tableau de gestion visuelle (TGV) sont très appréciées du personnel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	
13.1.2 Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.	
13.1.3 Une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire est élaborée avec l'apport des usagers et des familles.	
13.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

L'établissement est bien sensibilisé aux dons d'organes et de tissus. Une politique approuvée en 2021 par le conseil d'administration démontre l'importance accordée à ce service. Un comité interdisciplinaire est en place et se réunit quatre fois par année. Le comité a identifié des objectifs d'amélioration pour la prochaine année, dont l'intégration d'un usager (famille partenaire) dans ledit comité. L'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches pour le recrutement de famille partenaire.

De très bons liens de partenariat sont en place avec Transplant Québec et Héma Québec pour les dons de tissus. Ces deux partenaires sont des acteurs clés dans la promotion, l'identification et le suivi lors de dons d'organes et de tissus. Les équipes de soins font l'identification des donneurs potentiels et une communication 24/7 est faite avec les partenaires pour l'accompagnement des équipes et des familles sur place en cas de besoin.

L'équipe sur place favorise la promotion et la publicité par différents moyens à l'aide des partenaires et s'implique activement dans la Semaine du don d'organes et de tissus. L'équipe est en préparation d'un formulaire pour faciliter la référence du don de tissus. Il serait intéressant que ce formulaire reçoive l'approbation d'Héma Québec.

Dans les dernières années, les équipes des deux sites ont participé activement à des dons d'organes et de tissus. Il faut noter deux usagers qui, à la suite de l'aide médicale à mourir, ont fait don de tissus et d'organes. Tous les acteurs impliqués se sont activés pour répondre aux volontés de ces personnes. Tous les suivis sont faits par Transplant Québec et Héma Québec et des rapports annuels sont produits pour

identifier les pistes d'amélioration potentielles.

Parmi les enjeux, l'équipe voudrait augmenter le nombre de dons de tissus en diffusant la formation, la promotion et élargir les clientèles potentielles susceptibles de faire le don d'organes et de tissus dans tous les secteurs du CISSS. Les équipes de soins sont encouragées à continuer leurs efforts pour la promotion du don d'organes, et ce, pour le bien-être des usagers en attente de transplantation. Il faut féliciter les équipes professionnelles pour leur implication dans la promotion du don d'organes et de tissus.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	
<p>15.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>15.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : 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 le personnel 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> <p>15.2.1.2 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : 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 le personnel 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>	

- 15.2.1.3 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : 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 le personnel 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).

Commentaires des visiteurs

Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Il n'y a pas eu de visites à domicile. Cependant, il a été possible d'observer le processus de formation pour un usager et sa conjointe afin qu'ils puissent faire de l'hémodialyse à domicile. Il s'agit d'un programme qui a débuté en 2020 et qui s'étend en moyenne sur 12 à 16 semaines. Le programme est bien structuré et, jusqu'à maintenant, ne compte que 2 échecs sur 12 tentatives. Il y a une bonne collaboration avec Baxter qui s'occupe du volet implantation/faisabilité de ce programme à domicile. Les évaluations sont structurées et élaborées conjointement avec les usagers. Les trajectoires et ressources de communications sont bien organisées et claires.

La formation est très bien faite et est bien perçue par l'utilisateur qui a été consulté. Cependant, le manque de personnel se manifeste là aussi avec une seule infirmière assignée à ce programme de formation. Malheureusement, ce programme n'a pas réduit la charge de travail en hémodialyse, car l'augmentation de la demande continue. La capacité maximale est presque atteinte tant au CHDL qu'au HPLG. Considérant les risques d'infections pour ces usagers, il est suggéré que la formation soit conjointement révisée avec l'infirmière en prévention et contrôle des infections (PCI) afin d'assurer un maximum de rigueur lors de changements de pansements. Les infections de cathéter devraient faire partie d'un suivi afin de réagir rapidement si des infections se produisaient.

Il s'agit d'un programme apprécié par la clientèle qui augmente l'autonomie ainsi que la qualité de vie des usagers. Considérant les objectifs ministériels de 40 % de la clientèle (hémodialyse et dialyse péritonéale), une optimisation des ressources paraît incontournable.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	
16.1.6 Un processus normalisé et proactif est en place pour la détermination des priorités et l'établissement de l'horaire des interventions non urgentes.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

La fluidité des épisodes de soins est bien encadrée par une structure de gestion comportant divers paliers décisionnels. Les gestionnaires ont accès aux données regroupées dans un tableau de gestion visuel.

L'établissement a mis en place des comités de gestion qui se rencontrent régulièrement afin d'identifier les obstacles au cheminement de l'utilisateur. Il convient de mentionner que le CISSS s'est doté de sept grands principes du cheminement de l'utilisateur, il faut citer entre autres l'approche systémique, la philosophie « Chez soi avant tout » et la trajectoire des usagers vulnérables.

Il est recommandé à l'établissement d'évaluer régulièrement le fonctionnement de la structure de gestion, car plusieurs de ces instances sont toutes opérationnelles, beaucoup des discussions s'apparentent à la microgestion. Une structure comportant des instances bien distinctes avec des rôles et responsabilités stratégiques, tactiques et opérationnelles est souhaitable et permettra à l'établissement d'atteindre un plus haut niveau de maturation.

Plusieurs interventions ont été mises en place afin d'éliminer les obstacles nuisant à la performance des services des urgences.

Il faut mentionner que les visiteurs ont mené les activités d'évaluations dans un contexte d'occupation extrême des services des urgences. Malgré ce contexte, l'ambiance était calme et les activités cliniques se sont déroulées en toute normalité.

Le protocole de surcapacité au Centre hospitalier de Lanaudière sera mis à jour dans un avenir proche, car il ne reflète plus la situation actuelle du service des urgences.

L'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des stratégies et des interventions mises en place reste à réaliser.

Il est aussi recommandé qu'un projet sur la pertinence clinique des activités professionnelles ayant un impact sur la fluidité soit démarré. Ce projet pourrait être porté par les instances cliniques de l'établissement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.17 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Pour répondre aux besoins de la population et offrir des services de proximité, les services sont offerts à travers de multiples installations situées dans un vaste territoire. Le territoire inclus des régions urbaines et des régions plus rurales. La clientèle plus âgée se trouve dans la région nord de la Lanaudière qui est plus rurale.

Les services sont conçus avec la participation des parties prenantes incluant la communauté de Manawan. Les usagers partenaires font partie de certains comités locaux d'amélioration continue de la qualité (CLACQ). Il est suggéré que cette pratique soit étendue à tous les comités de qualité. Plusieurs projets de qualité sont en place. Dans l'esprit d'amélioration continue de la qualité, il est suggéré que les équipes établissent, pour tous projets de qualité, des objectifs clairs avec des indicateurs et des cibles pour s'assurer que les objectifs sont atteints. Des sondages de satisfaction des usagers ont été faits, un plan d'action pour adresser les lacunes notées devrait être élaboré. Le tableau de gestion visuel sera déployé à l'automne 2022. Ceci facilitera le suivi des objectifs de gestion et facilitera l'échange entre gestionnaires qui se trouvent dans différentes installations du territoire.

L'équipe est à féliciter pour son initiative de mettre en place un guichet d'accès aux services généraux. Le guichet est en place depuis le 14 mai 2022. Compte tenu du nombre d'usagers qui n'ont pas de médecin de famille, ce guichet est en place pour trier les demandes et orienter les patients vers le bon service par le bon intervenant. L'équipe continue de sensibiliser la population de l'existence de ce nouveau service. Pour pallier le manque de lits dans les centres hospitaliers (CH) et diminuer les visites au service des

urgences, et dans l'esprit d'offrir les services au bon endroit, l'équipe ajoute des pompes à perfusion et des scanners vésicaux afin que certaines interventions normalement faites en CH puissent se faire en ambulatoire.

La pénurie de main-d'œuvre spécifiquement dans le nord de Lanaudière est un enjeu et l'équipe est toujours à la recherche de façons de faire pour s'assurer de l'utilisation optimale du personnel.

L'équipe investit dans la formation du personnel pour s'assurer que les services sont offerts dans un environnement respectueux et sécuritaire. Pendant la pandémie, les cours de formation spécifiques au développement professionnel avaient diminué et même été suspendus; ces cours reprennent et les professionnels sont encouragés à y assister.

L'importance de la reconnaissance du personnel est démontrée et l'équipe profite des occasions favorables pour reconnaître le personnel. L'établissement est en train de créer un chantier sur la main-d'œuvre qui va renforcer le programme de reconnaissance.

Le CISSS a deux GMF-U (universitaires). Ils ont trois missions, clinique, académique et de recherche. Les données probantes introduites dans ces GMF-U sont partagées avec les autres GMF et autres services.

Le dossier Usager en ambulatoire varie d'un service à l'autre, il est en format papier, informatisé ou hybride. Différents logiciels sont utilisés en ambulatoire tel que CrystalNet, ChartMax et SIC Plus. Ceci cause des défis pour la prestation des services. L'arrivée d'un dossier informatisé pour tout le CISSS prévue dans les prochaines années est bienvenue par le personnel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
<p>2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>2.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:</p> <ul 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 le personnel 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>2.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> <p>2.2.1.3 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>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Le service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) constitue au service 24/7 d'Info-Social la porte d'entrée principale d'entrée du CISSS pour les demandes de service de nature sociale ou psychologique.

Lors d'un appel d'un usager à la ligne 811 Info-Social, l'intervenant ouvre une fiche d'appel dans le Système intégré de gestion de la consultation téléphonique (SIG-CT).

Afin de compléter son évaluation clinique, l'intervenant social complétera l'AAOR dans l'application I-CLSC (SIG plus).

Suivant la condition de l'utilisateur, l'intervenant social offre la possibilité de trois suivis téléphoniques et évalue sa capacité de se prendre en charge en utilisant les outils du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) (nouvelle modalité thérapeutique). Pour des conditions de santé plus complexes, l'intervenant adresse une référence aux services communautaires ou aux services du CISSS.

On doit souligner le professionnalisme des intervenants sociaux dans le respect des besoins et droits des usagers, lors des choix d'interventions.

De bonnes pratiques sont en place pour accueillir, repérer la personne suicidaire et estimer la dangerosité de son passage à l'acte. Dans certaines situations, l'intervenant sera appelé à intervenir auprès de la personne suicidaire (Équipe mobile de crise) en la référant vers une ressource communautaire ou un service du CISSS, dont le guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA).

Les rencontres avec les équipes permettent au visiteur de confirmer que le service peut compter sur une équipe dynamique, possédant une excellente synergie entre les intervenants et soucieuse d'offrir un service de qualité. La présence de coordonnateurs cliniques d'expérience est reconnue par l'équipe comme une stratégie de rétention assurant aux professionnels un soutien clinique et une mise à jour des compétences.

Le visiteur recommande à l'équipe de gestion de développer des indicateurs de volume et qualitatifs de la qualité mesurable avec échéanciers. Ces indicateurs pouvant servir de base au développement des objectifs qualité-performance et alimenter le tableau de gestion visuelle qui sera déployée sous peu. Le tableau de gestion visuel fait partie des stratégies d'appropriation et mobilisation de l'équipe aux objectifs d'amélioration continue de la qualité des services à la clientèle.

Le visiteur recommande à l'équipe de développer en collaboration avec les intervenants sociaux et le comité des usagers un questionnaire personnalisé de satisfaction de la clientèle.

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

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

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 3 - Service Info-Social

En 2018, le CISSS de Lanaudière a fusionné et consolidé son offre de service de 1re ligne en Info-Social, en conformité avec les priorités ministérielles. Le but étant d'offrir un accès unique avec la ligne 811 pour répondre aux demandes en 1re ligne en Info-Social (811-2) et Info-Santé (811-1). Ce projet maintenant implanté permet de créer un accès simple pour la clientèle et ses partenaires, mais a nécessité une intégration des pratiques cliniques en Info-Social, AAOR, et une équipe mobile de crise pour les intervenants sociaux du centre d'appel. Pour chaque appel, l'intervenant social ouvre une fiche clinique informatisée et tous les appels sont enregistrés.

Cette porte d'entrée unique permet de parler directement à un intervenant et d'avoir accès plus rapidement aux services psychosociaux du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. Ainsi, l'équipe d'Info-Social, qui reçoit l'appel, analyse et réfère la demande vers le service ou le programme répondant le mieux à la situation de la personne.

C'est la première fois que le service Info-Social collabore avec Agrément Canada. Les intervenants sont fiers de travailler au sein d'un service 24/7, offrant une intervention téléphonique de nature psychosociale dans le respect de la mission du service. Les équipes sont composées de professionnels (agent de relations humaines/ARH et travailleur social/TS) avec des parcours variés et complémentaires les uns avec les autres. Ce mélange d'expérience professionnelle favorise le partage des connaissances entre les intervenants (co-développement). Les intervenants en place font preuve d'une excellente capacité d'écoute étant donné la nécessité d'établir un rapport de confiance et alliance avec les usagers au téléphone.

Par ailleurs, le service a mis en place des mécanismes de formation et supervision clinique assurés par des coordinateurs cliniques affectés principalement à cette tâche pour soutenir les intervenants sur le plan clinique et professionnel. Par ces activités de soutien et de conseil aux intervenants et par sa contribution à l'identification des besoins de formation de l'équipe, les coordonnateurs cliniques qui exercent cette fonction d'encadrement clinique sont des acteurs clés dans le maintien et le développement des compétences des intervenants. L'encadrement clinique favorise le maintien d'un bon

climat de travail, le recrutement et la rétention du personnel.

Les outils et instruments de travail sont standardisés et informatisés (Plateforme du MSSS) pour assurer l'uniformité de la réponse aux demandes de la population et optimiser l'efficacité du service. Le service offre de la formation et du perfectionnement, puisqu'il utilise une gamme importante de systèmes d'information et d'autres technologies pour la prestation des services.

Il est important de mentionner que le service ne dispose pas d'un système de répartiteurs multilingues, mais peut accéder aux services d'interprétation. L'intervenant social mentionne que dans une telle situation, les usagers présentant une barrière linguistique sont orientés plutôt vers une consultation individuelle avec un interprète via le service de banque d'interprétariat du service des communications, de la banque d'interprètes de Montréal ou d'une ressource de la communauté atikamekw.

Le service a développé des liens étroits et appréciés par l'ensemble des partenaires (policiers, sécurité civile, services du CISSS, GMF et GMFU et partenaires communautaires) pour l'intervention psychosociale et en particulier pour l'intervention de crise dans le milieu.

La visite d'agrément a permis d'observer les liens très fonctionnels et opérationnels dans le fonctionnement du service et le respect de pratiques sécuritaires en conformité avec les pratiques organisationnelles requises (POR) et les critères à priorités élevés.

Bien que le temps d'attente moyen ne soit que de 4 minutes, il n'en demeure pas moins que l'augmentation annuelle du volume d'activité requiert une vigie.

Les échanges avec la clientèle et certains partenaires de la communauté confirment le haut niveau de satisfaction des services et le professionnalisme des intervenants sociaux.

Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle et des partenaires en collaboration avec le Comité des usagers et des intervenants.

L'établissement est invité à reprendre les activités d'appréciation de la contribution sur une base périodique.

Le visiteur recommande le déploiement du tableau de gestion visuel (TGV) comme outil de mobilisation des employés aux priorités et mesures de la qualité-performance de leur service, de l'expérience usager-famille et de la satisfaction des partenaires.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
<p>4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:</p> <ul 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 le personnel 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>4.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> <p>4.2.1.3 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>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Les services de consultation sociale ou psychologique sont offerts dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) au nord et au sud du CISSS de Lanaudière. Trois CLSC ont été visités pendant l'agrément, Joliette, Saint-Gabriel-de-Brandon et Lamater de Terrebonne.

Les équipes des services de consultation sociale ou psychologique sont composées de travailleurs sociaux, d'agents de relations humaines; seulement un des trois CLSC a des psychologues, CLSC Lamater de

Terrebonne. Les équipes des deux autres CLSC's ont exprimé le besoin d'ajout de psychologues pour combler les besoins des usagers avec certains problèmes. Le recrutement des psychologues est un vrai défi et ce défi est amplifié au nord de la région.

La clientèle desservie a 18 ans et plus et présente la capacité à s'engager dans un processus de changement et de participation active à son processus de résolution de problème.

Les défis rencontrés par l'équipe au CLSC Saint-Gabriel-de-Brandon, situé au nord de la région, inclus : l'offre de services à une population à faible revenu dans une vaste étendue du territoire; les dossiers hybrides (papier, informatisé [CrystalNet, SIC plus]); l'absence de transport en commun et l'accès internet déficient ou absent par endroit. La téléconsultation, virtuelle ou par téléphone, résultant de la pandémie, a aidé à offrir des services de façon efficace sans que les usagers se déplacent.

Les consultations sont triées et classées par priorité. Le délai d'attente de 30 jours maximum n'est pas respecté sauf pour les priorités 1 et 2. Les coordinateurs cliniques s'assurent de la qualité des services rendus. Une revue de tous dossiers avec chaque intervenant est faite périodiquement. L'objet de cette revue est de s'assurer de la qualité des soins et de la tenue de dossiers.

La formation continue est encouragée et cela est très apprécié par le personnel.

Ce programme est un modèle exemplaire de véritable usager partenaire dans les soins. Les usagers contactés confirment la qualité des soins et services reçus, le respect de l'utilisateur dans ses droits et responsabilités, son implication dans le plan de soins individualisé et la disponibilité du professionnel.

Dix à douze sessions sont offertes aux usagers; dans des cas exceptionnels, avec l'approbation des superviseurs, les nombres d'interventions peuvent monter jusqu'à quinze à dix-sept. Si d'autres interventions sont nécessaires, ils sont référés vers d'autres programmes appropriés. Pour la plupart de ces programmes, il y a une liste d'attente qui est assez longue. Entre-temps, les usagers sont sans services. Les équipes sont encouragées à trouver des solutions pour pallier cette attente.

Les équipes doivent être félicitées pour le travail accompli afin de s'assurer que le consentement au traitement obtenu de l'utilisateur est éclairé. Un formulaire à cet effet a été créé et est inclus dans le dossier de l'utilisateur. D'autres projets réalisés par les équipes sont la standardisation des notes des intervenants sociaux et l'encadrement de la pratique en lien avec les points de transition. Les équipes des services de consultation sociale ou psychologique sont encouragées à poursuivre des projets de qualité et d'adopter une culture de la mesure dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

L'équipe mobile de crise 24/7 est composée de ressources mixtes provenant principalement des intervenants sociaux d'Info-Social ayant reçu une formation spécialisée, de policiers des services municipaux et autres ressources suivant le type de crise.

L'équipe est appelée à intervenir en urgence dans la communauté pour des actions brèves suivant l'état clinique de la personne ou du risque environnemental.

Les types d'interventions auxquels sont appelés à prendre part les intervenants sociaux impliquent l'évaluation de la dangerosité (ex.: états suicidaires, suicide, homicide, désordre mental) et de la vulnérabilité des personnes comme victime. Certaines interventions sont faites dans le cadre de la loi P-38 (mise en garde préventive) ou lors de situations impliquant des victimes d'agressions sexuelles.

Dans d'autres circonstances, l'équipe mobile de crise est appelée à intervenir à la demande durant un sinistre externe (inondations, feux majeurs dans un immeuble à logement ou tout autre désastre naturel). Tout récemment et en collaboration avec les services de police et organismes communautaires, l'équipe mobile de crise participe à des interventions à domicile pour des situations de maltraitance et d'insalubrité.

Plusieurs événements majeurs survenus sur le territoire ont prouvé le haut niveau de compétence des intervenants appelés à collaborer dans cette équipe reconnue par le CISSS de Lanaudière et les partenaires de la communauté. De plus, l'équipe mobile de crise a soutenu pour un temps les équipes locales de Laval et des Laurentides, lors des grandes inondations survenues dans les dernières années.

De plus, des liens étroits établis avec la communauté atikamekw ont amené l'équipe mobile de crise à se déplacer pour soutenir l'équipe sociale de la communauté. C'est un bel exemple de collaboration et de

partage des expertises professionnelles, mais surtout une démarche humaniste des apprentissages culturels dans un cadre clinique.

Il est recommandé à l'équipe de poursuivre sa mission et d'intégrer de nouveaux intervenants sociaux souhaitant compléter la formation clinique offerte par la coordonnatrice clinique spécialisée d'Info-Social.

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

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

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

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

L'établissement collabore avec des partenaires externes et la communauté en cas d'urgence et de sinistre, cela a été confirmé par les partenaires. Le représentant de sécurité civile de Manawan a mentionné qu'il est heureux de travailler avec l'équipe du CISSS de Lanaudière. Il est très reconnaissant de la vitesse avec laquelle ils sont venus à leur aide dans différentes instances (manque d'eau potable et pendant la COVID). La représentante du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte que le personnel du CISSSS est à l'écoute, réagit de façon efficace et s'assure de répondre aux besoins des régions plus isolées, ils prennent l'initiative de contacter leur partenaire de Manawan pour assurer la sécurité de tous.

Avec tout sinistre, une fois l'urgence passée, un débriefage de la situation et du processus d'intervention se fait et, si nécessaire, des améliorations sont apportées. Une des leçons apprises est le besoin de respecter la directive, qu'il n'y a qu'une personne responsable et que pendant la gestion du sinistre, on s'exécute comme demandé.

L'équipe est encouragée à continuer l'excellent service offert en collaboration avec leurs partenaires. Il est recommandé que le comité de planification et d'intervention (COPIN), qui ne s'est pas réuni depuis pré-COVID, soit réactivé et que son mandat soit révisé en conséquence. De plus, il est important que soit finalisé le plan des mesures d'urgence en contexte de sécurité civile, incluant le volet psychosocial.

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

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

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Service Info-Santé

Une équipe de professionnels, hautement compétents, qualifiés et bien formés et travaillant sur place ou en télétravail, est présente 24/7 afin d'assurer une réponse téléphonique sur le plan santé auprès de la population du Québec.

La ligne Info-Santé a été implantée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la base d'un service national ouvert avec des points de services régionaux avec pour objectif principal de prévenir l'utilisation du Service des urgences comme ressource de 1^{re} ligne. Les infirmières sont appelées à répondre aux demandes de service pouvant provenir de toutes les régions du Québec. Les infirmières du service de consultation téléphonique 811, option 1, évaluent et font des recommandations en fonction de l'état de santé de chaque usager. Elles peuvent répondre à diverses questions de santé et diriger l'utilisateur vers la ressource la plus appropriée de son territoire. Les professionnels sont engagés envers la mission du service et y croient profondément. Pour chaque appel, l'infirmière ouvre une fiche clinique informatisée et tous les appels sont enregistrés.

En réponse à l'augmentation importante du nombre d'appels entrants durant la pandémie, et qui demeure toujours élevé après plus de deux ans, le service a réussi à recruter des infirmières ou recevoir des infirmières en réaffectation pour répondre aux besoins. Malgré ces ajouts temporaires ou permanents, les temps d'attentes demeurent élevés avec un temps moyen d'attente en ligne de 30 minutes et près de 15 % d'abandon.

Le MSSS envisage d'implanter un système de temps d'attente virtuel avec rappel automatique afin de diminuer l'abandon.

Un autre projet est l'embauche d'agents administratifs dédiés travaillant en collaboration avec les infirmières pour effectuer la recherche de ressources dans la communauté locale. Ce projet libérant le temps des infirmières à la recherche dans la base de données des ressources et services de proximité.

Le grand défi actuel au niveau des ressources professionnelles est d'assurer le remplacement des postes

en assurance salaire, puisque la majorité du plan de main-d'œuvre est titularisée.

L'organisation du service favorise le développement professionnel et le perfectionnement pour mieux répondre aux besoins de la population avec la collaboration et l'appui inestimable de la coordonnatrice clinique, des chefs d'équipe et du personnel d'encadrement. Les infirmières peuvent compter sur un soutien clinique et encadrement professionnel en tout temps compte tenu de l'accessibilité 24/7 du service. Des modalités sont en place pour assurer une garde clinico - administrative 24/7 afin de répondre aux besoins de consultation des intervenants.

Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle en collaboration avec des usagers et des intervenants.

L'établissement est invité à reprendre les activités d'appréciation de la contribution sur une base périodique.

Le visiteur recommande le déploiement du tableau de gestion visuel comme outil de mobilisation des employés aux priorités et mesures de la qualité de leur service.

En terminant, le 811 Info-Santé est un service essentiel pour la population du CISSS de Lanaudière et la porte d'entrée principale du réseau avec l'Info-Social. Les infirmières sont fières de travailler à Info-Santé et mettent à profit l'expertise acquise en évaluation pour assurer une réponse de consultation en matière de santé. De plus, malgré la pandémie, la ligne Info-Santé a maintenu son service à la population sans ruptures de ses activités.

Il convient de féliciter ces professionnels pour leur engagement et leur compétence au service de la population du Québec.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Le personnel et les médecins dispensent des soins et des services de qualité et sécuritaires. À cet égard, il importe de souligner que l'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR) et des critères à priorité élevée sont conformes. Considérant l'implantation très récente du bilan comparatif des médicaments (BCM) (mai 2022), la mise en place d'un processus d'audits réguliers et de suivi est suggérée. Les missions de services et d'enseignement sont bien actualisées. L'équipe est invitée à poursuivre le développement de la mission de recherche.

Les pratiques centrées sur les besoins des usagers sont bien présentes dans ce groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U). Des usagers partenaires sont étroitement associés depuis 2015. Ce partenariat est formalisé au moyen de rencontres statutaires. Les usagers rencontrés confirment unanimement leur haut taux de satisfaction concernant les services reçus.

Le personnel et le médecin rencontrés démontrent un haut niveau d'engagement face à la clientèle et à l'amélioration continue des soins et services. Des enjeux sont toutefois présents concernant la mobilité de personnel et le maintien de l'expertise (rareté de secrétaires médicales). Bien que la gestionnaire soit en fonction depuis peu, la cogestion médico-administrative semble bien installée. Des arrimages sont aussi présents entre GMF-U dans une perspective d'harmonisation des outils et des processus.

La mise en place récente des guichets d'accès (GAP) facilitant l'accès aux services du GMF à la clientèle inscrite et non inscrite est une belle avancée. La trajectoire de services est généralement fluide. L'établissement doit toutefois poursuivre les efforts pour améliorer l'accès aux spécialités (guichet d'accès en santé mentale/GASM) pour la clientèle du GMF.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
<p>9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>9.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	

- 9.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:
- 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 le personnel 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).
- 9.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 9.2.1.3 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

Le bilan comparatif des médicaments ne s'applique pas au CLSC Saint-Gabriel-de-Brandon au CLSC Joliette et celui de Lamater à Terrebonne, car les services offerts sont des services pointus offerts par les soins infirmiers tels que prise de sang, traitement de plaies, vaccination, enlèvement de points de suture ou d'agrafes, application d'antibiotiques dans les pompes de perfusion. Tous médicaments utilisés en traitement sont apportés par l'utilisateur au CLSC pour administration. Lors de la première rencontre avec l'infirmière, celle-ci s'assure d'obtenir la liste des médicaments à jour de l'utilisateur qu'elle verse au dossier.

Pour combler les besoins des services de santé courant dans les régions rurales, des infirmières ont été assignées dans les municipalités de ces régions. Ceci est une initiative des municipalités rurales en collaboration avec le CISSS pour éviter que les gens déménagent des milieux ruraux à des milieux urbains à cause du manque de services de soins. Ceci est offert aux personnes de 55 ans et plus.

Les lieux occupés par les services de santé courant au CLSC Saint-Gabriel-de-Brandon vont être rénovés. Au CLSC Lamater les anciens locaux des archives seront réorganisés et une salle sera ajoutée pour les

services courants.

Les dossiers sont en format papier au CLSC Joliette, au CLSC Lamater ils sont numérisés dans Chartmax et au CLSC de Saint-Gabriel-de-Brandon, ils sont ainsi numérisés dans Crystal-Net. À cause des délais avec la numérisation, un dossier papier est maintenu par les intervenants au CLSC de Saint-Gabriel-de-Brandon.

L'équipe dans les CLSC est encouragée à poursuivre des projets d'amélioration continue de la qualité en utilisant des indicateurs de mesures pour suivre l'impact du plan d'action.

Lors de la consultation auprès des usagers au CLSC de Terrebonne, un usager a indiqué la difficulté d'avoir accès à ses rendez-vous pour un prélèvement préalable (hémoglobine) et à ses rendez-vous aux services courants. Les délais pour avoir accès à un rendez-vous dépassent régulièrement les délais prescrits. L'équipe est encouragée à trouver des pistes pour que les rendez-vous pour hémoglobine soient priorités afin de respecter les délais prescrits.

Au CLSC Joliette et au CLSC Lamater, le visiteur a constaté qu'il y avait un nombre élevé de fournitures exposées à l'air libre et parfois disposées à proximité immédiate de lavabos, où se fait le lavage des mains, exposant les fournitures à des éclaboussures et à un risque de contamination. Les équipes sont encouragées à revoir la quantité de matériel requis pour les services de la journée afin de conserver dans des armoires fermées le matériel excédentaire et à retirer le matériel à proximité des lavabos.

Au CLSC Lamater de Terrebonne, le visiteur a constaté que le désinfectant Cidex était utilisé dans une pièce où la ventilation est à vérifier afin de s'assurer que l'évacuation des vapeurs de Cidex est efficace. Le gestionnaire doit vérifier auprès du service de stérilisation si d'autres produits peuvent être utilisés ou si un appareil de stérilisation pour sondes endovaginales pourrait remplacer l'utilisation du Cidex.

Des sondages de satisfactions auprès de la clientèle ont eu lieu en 2018 et en préparation de la visite. Il est recommandé que des sondages soient réalisés de façon régulière afin d'obtenir le niveau de satisfaction des usagers et d'apporter les correctifs nécessaires par la suite.

De plus, les équipes sont encouragées à intégrer des usagers dans les rencontres de planifications de nouveaux services ou de révision de services, afin que ces dossiers puissent se réaliser avec l'apport de ceux-ci.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Télésanté		
2.1	Les usagers participent à la conception, la prestation et la mise en oeuvre du service de télésanté	
2.2	La stratégie de l'organisme est élaborée en collaboration avec les usagers.	
2.3	Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
4.4	Les usagers doivent être informés de leur droit de se retirer du service de télésanté à n'importe quel moment.	!
5.1	Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant d'offrir le service de télésanté, au besoin.	!
Commentaires des visiteurs		
Processus prioritaire : Télésanté		

L'organisation du Service de télésanté présente une structure de gouvernance locale qui est alignée avec les structures régionale et nationale existantes. Chaque intervenant connaît ses rôles et responsabilités au sein de l'équipe multidisciplinaire afin d'assurer le bon fonctionnement du processus.

L'offre de service est évaluée régulièrement et le comité tactique reste alerte aux besoins particuliers de tous les secteurs et demandes spécifiques en évaluant leur pertinence.

Le grand défi de l'établissement est d'inclure la participation des usagers et de leurs proches dans tous les niveaux du processus, et cela, d'une façon structurée et documentée :

- réaliser les projets en collaboration avec les usagers à partir de la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et les mécanismes de prévention;
- augmenter les efforts dans la formalisation de certains processus et la création d'une démarche

de communication plus structurée pour véhiculer l'information de façon éclairée et consigner l'information transmise, surtout en ce qui concerne le consentement, droits et responsabilités des usagers, ainsi que l'évaluation de services.

Le Service de télésanté possède une équipe travail qui, par son expertise et son professionnalisme, assure le succès du maintien et de l'amélioration des services déjà en place. Les succès de la téléthrombolyse à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) et la téléconsultation en obstétrique avec la clientèle de Manawan sont des exemples qui le démontrent.

La création du site Web dédié à la télésanté pour les particuliers et les professionnels permet de rendre accessible toute l'information pertinente pour répondre aux préoccupations des familles et des professionnels qui souhaitent faire l'utilisation des services virtuels pour une consultation à distance ou pour tout autre besoin.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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