



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

## **Rapport de visite**

Programme Qmentum QuébecMC

**Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière**

Rapport publié: 31/05/2024

# Table des matières

<b>À propos d'Agrément Canada</b>	3
<b>À propos du rapport d'agrément</b>	3
<b>Confidentialité</b>	4
<b>Sommaire</b>	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	7
<b>Aperçu du programme</b>	8
<b>Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément</b>	9
<b>Résultats selon les dimensions de la qualité</b>	13
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	14
<b>Résultats de l'évaluation divisés par chapitre</b>	16
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	16
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	20
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	23
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	25
Santé publique	27
Télésanté	29
Programme de prévention et de contrôle des infections	32
Services de retraitement des dispositifs médicaux	36
Gestion du circuit du médicament	43
<b>Aperçu de l'amélioration de la qualité</b>	48

## À propos d'Agrément Canada

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

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

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

## À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 14/04/2024 au 19/04/2024.

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

# Confidentialité

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

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

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

# Sommaire

## À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire couvrant une superficie de plus de 12000 km<sup>2</sup>. L'établissement regroupe les 6 municipalités régionales de comté (MRC) D'Autray, de Joliette, de Matawinie, de Montcalm, de l'Assomption et des Moulins. Il répond aux besoins d'une population de plus de 53 5000 personnes par le biais des installations de ses deux réseaux locaux de services Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud. L'établissement compte 63 installations, dont deux centres hospitaliers et plus de 14000 employés.

Le CISSS de Lanaudière offre aux usagers et à leurs proches des soins et des services préventifs et curatifs intégrés et accessibles, de la naissance à la période de fin de vie. Les usagers y sont très présents et soutiennent les gestionnaires dans l'ensemble de leurs activités.

## Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'équipe de visiteurs tient à souligner la qualité de l'accueil et de la préparation de toutes les personnes rencontrées. Le niveau élevé de préparation traduit toute l'importance et le sérieux que l'établissement accorde à l'amélioration continue.

Un nouveau président-directeur général (PDG) est en place depuis quelques mois. Il met déjà sa couleur au niveau des orientations de l'établissement et de la place de l'établissement sur le territoire. Lui et ses collègues de l'équipe de direction assurent une présence importante et constante, dans les établissements et dans la région.

Le personnel est soucieux de la qualité de son travail, du travail bien fait. Le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Lanaudière est un établissement définitivement centré sur l'usager et ses proches. En s'appuyant sur les données probantes et les meilleures pratiques, l'établissement met en place un modèle de prestations de soins en adéquation avec les principes de performance organisationnelle et d'amélioration continue. Cette approche est garante de l'atteinte des objectifs et est à étendre à travers toutes les directions. Des cibles et des indicateurs sont suivis à partir des tableaux de bord virtuels et des tableaux de gestion visuels. Ces outils servent aussi à la reddition de comptes de l'établissement envers la gouvernance et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De nombreuses politiques, procédures, cadres de références et procédures opératoires normalisées sont à consulter dans le cadre de l'évaluation d'Agrément Canada. Les constatations des visiteurs indiquent que plusieurs sont désuètes, inappropriées en lien avec les meilleures approches, à réviser, à rédiger ou tout simplement à approuver. L'organisation doit mettre un effort à ce sujet afin que l'ensemble du personnel ait accès à une documentation pertinente et à jour.

Une attention particulière est portée sur la rétention du personnel, le soutien aux équipes, la santé globale, la sécurité organisationnelle et la promotion d'un climat de travail sain. Des activités de reconnaissance, autant au niveau organisationnel qu'au niveau des différents services, sont offertes et déployées. Même si elle est très présente et que la culture de blâme est inexistante, la collaboration entre les différentes directions reste à travailler.

La structure de fonctionnement pour la prévention et le contrôle des infections est bien intégrée et fonctionnelle. La composition des comités est multidisciplinaire et les ressources allouées sont en lien avec les priorités organisationnelles. Des liens étroits sont établis tant à l'interne qu'à l'externe afin d'harmoniser la pratique et de gérer les éclosions. Des activités de surveillance et des suivis étroits sont mis en place lorsque requis. L'harmonisation des politiques et des pratiques est en constante évolution et doit tenir compte des commentaires des équipes, des usagers et de leurs proches. Même si beaucoup d'efforts ont été faits depuis les dernières visites, une attention et une vigilance sont à exercer relativement aux croisements du matériel propre et du matériel souillé, particulièrement sur les unités de soins.

La gestion des médicaments est assurée par une équipe interdisciplinaire engagée qui s'appuie sur une structure de coordination des activités du circuit du médicament. La présence des pharmaciens dans plusieurs secteurs cliniques assure une sécurité et une collaboration étroite avec les équipes cliniques. La rareté de personnel spécialisé demeure un enjeu à considérer. Il existe une bonne collaboration entre les départements de pharmacie, les équipes cliniques et les pharmacies communautaires.

En ce qui a trait au retraitement des dispositifs médicaux, les activités sont réalisées, mais ne s'appuient pas sur des procédures opératoires normalisées approuvées et diffusées. Un important travail d'approbation est à mettre en place. Des audits sur la pratique professionnelle liée aux retraitements des dispositifs médicaux sont effectués et documentés. Les résultats sont partagés avec les employés concernés. Lorsque requis, les actions sont prises et utilisées comme moyen de formation et d'amélioration continue de la qualité.

La majorité des espaces physiques sont adéquats, propres et utilisés de façon optimale. Certains espaces sont vétustes et demandent davantage d'attention au niveau de l'entretien. Des liens étroits sont établis avec les secteurs de la prévention et du contrôle des infections, les services techniques, la gestion

de projets et les secteurs où il y a du retraitement d'appareils endoscopiques.

Des mécanismes sont en place pour obtenir les commentaires des usagers sur les services offerts. Ils sont élaborés et analysés avec l'implication d'usagers et de proches. Afin de s'assurer d'une constante communication et collaboration, il y a lieu d'établir des discussions statutaires entre la haute direction et le comité des usagers.

Il reste du travail à faire avec l'équipe médicale pour les inciter à participer à des projets porteurs pour la sécurité des usagers qu'on parle de télésanté, d'informatisation, de bilan comparatif des médicaments et autres.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

### **Domaines d'excellence :**

- Personnel dédié, à l'écoute des usagers
- Collaboration entre les différentes directions et la communauté
- Collaboration interdisciplinaire
- Capacité à faire des succès à partir des défis
- Beaucoup d'initiatives et de réalisations porteuses pour la région et pour la province
- Place de l'utilisateur et de ses proches au cœur de l'organisation
- Gestion de proximité
- Tableaux de gestion visuelle
- Meilleur arrimage et meilleure communication entre le nord et le sud

### **Principales pistes d'amélioration :**

- Rédiger ou réviser et approuver les politiques et procédures nécessaires au fonctionnement de l'établissement
- Poursuivre les efforts d'informatisation
- Intensifier les efforts pour l'hygiène des mains
- Poursuivre l'implantation d'indicateurs de gestion et d'objectifs mesurables dans toutes les directions
- Impliquer davantage les usagers dans les prises de décisions
- Continuer d'assurer la présence de l'organisation à l'intérieur des structures de consultation et de concertation de la région

## Aperçu du programme

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

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

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

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

## Décision d'agrément:

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Le statut d'agrément est :

### Agréé - Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

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

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

# Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

**Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place**

Installation	Chapitre
Centre d'hébergement de Repentigny	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement de Repentigny	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement Saint-Eusèbe	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement Saint-Eusèbe	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre d'hébergement Saint-Eusèbe	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement Sylvie L'Espérance	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement Sylvie L'Espérance	Gestion du circuit du médicament
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Saint-Louis / Service d'hébergement	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Saint-Louis / Service d'hébergement	Gestion du circuit du médicament
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Thomas	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Thomas	Gestion du circuit du médicament
Centre de services ambulatoires en santé mentale et de réadaptation en dépendance de Charlemagne	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de services ambulatoires en santé mentale et de réadaptation en dépendance de Charlemagne	Gestion du circuit du médicament

<b>Installation</b>	<b>Chapitre</b>
Centre de vaccination COVID-19 - Galeries Joliette	Santé publique
Centre hospitalier De Lanaudière	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre hospitalier De Lanaudière	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre hospitalier De Lanaudière	Gestion du circuit du médicament
Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Parphilia-Ferland	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Parphilia-Ferland	Gestion du circuit du médicament
CISSS de Lanaudière (siège social)	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS de Lanaudière (siège social)	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS de Lanaudière (siège social)	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS de Lanaudière (siège social)	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CISSS de Lanaudière (siège social)	Santé publique
CISSS de Lanaudière (siège social)	Télésanté

<b>Installation</b>	<b>Chapitre</b>
Clinique IPS	Télésanté
CLSC Lamater de Terrebonne	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Lamater de Terrebonne	Gestion du circuit du médicament
CLSC Meilleur d'Iberville	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Meilleur d'Iberville	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Meilleur d'Iberville	Gestion du circuit du médicament
CPE Petit Bonheur	Santé publique
Groupe de médecine de famille universitaire du Nord de Lanaudière	Programme de prévention et de contrôle des infections
Groupe de médecine de famille universitaire du Nord de Lanaudière	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Groupe de médecine de famille universitaire du Nord de Lanaudière	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Pierre-Le Gardeur	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Pierre-Le Gardeur	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Pierre-Le Gardeur	Gestion du circuit du médicament
Maison des naissances de Lanaudière (Repentigny)	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison des naissances de Lanaudière (Repentigny)	Gestion du circuit du médicament

Installation	Chapitre
Siège social Santé publique	Santé publique
Carrefour interdisciplinaire en douleur chronique	Télésanté

## Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	30	5	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	1	0	17
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	11	1	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	20	2	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	35	6	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	145	44	4	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	185	32	2	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	37	11	0	48
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>102</b>	<b>6</b>	<b>587</b>

## Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	3 / 5	60.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	4 / 5	80.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	2 / 5	40.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	3 / 5	60.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	4 / 5	80.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
<b>Total</b>		<b>57 / 69</b>	<b>82.61%</b>

## Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

#### Évaluation du chapitre : 83,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 17,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

L'équipe de leadership a fait preuve de beaucoup de transparence et d'écoute lors des rencontres qui ont été tenues. Les gestionnaires sont présents dans la région et à l'intérieur des différentes installations de l'établissement. Ils sont à l'écoute des besoins de la population.

L'établissement n'a pas défini de vision et a choisi quatre duos de valeurs. Ces valeurs, sans être revues, ont été actualisées et rediscutées dans le cadre des travaux d'implantation du code d'éthique qui est en cours de consultation et d'appropriation. Une structure de collaboration et de gouvernance se discute et se met en place à la suite de l'entrée en fonction du nouveau PDG. La planification stratégique utilisée est celle qui est rédigée par le MSSS. L'établissement doit faire siennes les orientations du MSSS, mais doit aussi y mettre sa couleur plus locale en fonction des besoins spécifiques de sa population. Pour ce faire, il a défini cinq grands chantiers sur lesquels s'appuient les activités. L'équipe de visiteurs invite tout de même l'établissement à réfléchir à définir une planification stratégique qui lui est propre et adaptée aux populations de son territoire lors du prochain exercice. La planification opérationnelle est ambitieuse. Elle est suivie par les équipes stratégiques et tactiques. Le modèle de gestion évolue afin que chaque intervenant trouve son sens et intègre l'ensemble des pratiques. La valeur est mise au niveau de l'action. Malgré ce qui est en place, des efforts d'information et de consultation doivent être établis afin de s'assurer de la collaboration et de la participation des comités d'usagers et de résidents, afin de se joindre à leur rythme. Toutes les activités sont suivies via les différents portails et tableaux de gestion virtuels.

L'établissement doit être au fait des besoins de sa population, surtout via son rôle de porteur régional de la santé publique. Bien que différentes sources de données soient accessibles, l'établissement est encouragé à structurer une démarche en vue d'avoir en tout temps accès aux données sur les besoins réels et à jour de la population. Un plan d'action régional de santé publique est aussi à réfléchir et à intégrer.

Le Bureau de projet organisationnel est une excellente initiative qui permet de coordonner les projets de l'établissement au plus haut niveau de décision et de coordination.

Les processus reliés à l'éthique clinique sont clairs, mais ne semblent pas connus de l'ensemble du personnel. L'établissement travaille avec le CISSS de Laval qui fournit avis et ressources au besoin. Il est suggéré de présenter quelques cas de situations éthiques qui ont fait l'objet de discussions, afin de démontrer la démarche utilisée aux membres des équipes. L'éthique de la recherche est sous l'égide de la direction enseignement et recherche et les activités d'approbation et de suivi des projets sont bien encadrées. Un cadre en éthique est disponible. Il est suggéré de le réviser en fonction des réalités actuelles de l'établissement.

Les soins centrés sur la personne sont présents dans les discussions et dans les décisions. Soixante-quinze usagers ressources sont intégrés aux projets et aux comités. L'équipe de visiteurs encourage la création d'un modèle qui définit clairement la place de l'utilisateur au centre de l'établissement. La sécurisation culturelle fait partie des enjeux de l'établissement. Plusieurs réalisations ont été mises en

sociaux. Ces initiatives ont pour objectif de favoriser la confiance et la fréquentation des services de santé par la population atikamekw. Ces expériences, une fois évaluées, permettront de mettre en place d'autres initiatives en vue d'établir des liens plus étroits entre les différentes populations du territoire. Un adjoint au PDG, Atikamekw, et une conseillère assurent une présence constante et favorisent ces approches.

Peu de politiques et procédures sont disponibles dans l'établissement et celles retrouvées et/ou approuvées sont pour la plupart à réviser. La politique de diversité et sécurisation culturelles s'expérimente au fur et à mesure des travaux des chantiers. Elle sera rédigée par la suite et devrait répondre aux réalités de l'établissement et du territoire.

La communication représente un enjeu important dans toutes les organisations. La direction est invitée à demeurer à l'écoute et à mettre en place des moyens pour assurer une communication transparente et adéquate.

Le cheminement des usagers à l'intérieur des centres hospitaliers et entre les différentes installations se discute au quotidien. Les situations complexes sont discutées et des solutions trouvées. Une attention est à apporter afin qu'aucun usager ne se retrouve entre deux chaises ou ne soit dirigé vers un milieu qui ne soit pas approprié pour sa situation physique ou psychologique.

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

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
2.1.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent la révision périodique de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement.	Priorité normale
2.1.2	Les gestionnaires de l'établissement communiquent la vision, la mission et les valeurs de l'établissement à l'ensemble de la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux autres parties prenantes.	Priorité normale
2.1.3	Les gestionnaires de l'établissement incarnent la vision, la mission et les valeurs de l'établissement lors du processus de prise de décision.	Priorité normale
2.3.4	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour appliquer des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.7.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui décrit les besoins à long terme de sa communauté et des autres parties prenantes en fonction des changements populationnels et démographiques, ainsi que la façon dont l'établissement continuera à répondre aux besoins évolutifs.	Priorité normale
2.8.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui détermine les priorités de l'établissement et la manière dont elles seront réalisées.	Priorité normale
2.8.3	Les gestionnaires de l'établissement analysent l'environnement de façon continue afin d'adapter le plan stratégique en fonction du contexte et de l'évolution des besoins.	Priorité normale
2.8.5	Les gestionnaires de l'établissement définissent des buts et des objectifs dans le plan stratégique qui sont conformes à la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.	Priorité normale
2.8.6	Les gestionnaires de l'établissement communiquent le plan stratégique à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.	Priorité normale
2.8.7	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre le plan stratégique en s'assurant que les activités opérationnelles soient alignées avec les priorités stratégiques, à tous les paliers de l'établissement.	Priorité normale
2.9.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent une structure organisationnelle en cohérence et en soutien à la réalisation du plan stratégique.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.9.7	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre et actualisent les politiques et les procédures à l'égard de l'ensemble des opérations, activités et systèmes principaux.	Priorité normale
2.10.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.	Priorité élevée
2.10.8	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre, passent en revue et mettent à jour régulièrement un plan de gestion du changement pour gérer et assurer la vigie de l'impact des changements liés à l'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
2.12.6	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation soit offerte afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable, d'atténuation des impacts des changements climatiques et d'adaptation.	Priorité normale

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

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

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

#### **Résultats de l'évaluation :**

Tout comme les soins centrés sur la personne demandent la création d'un modèle qui met l'utilisateur au centre de l'organisation, la définition d'un modèle qui met l'employé, au service de l'utilisateur, au centre des préoccupations de la direction des ressources humaines s'impose. Le visiteur a pu apprécier l'ensemble de la structure d'organisation et de communication de la direction.

Il semble exister beaucoup de mécanismes de communication internes et beaucoup de rencontres. L'établissement est invité à revoir ses mécanismes pour s'assurer de la pertinence de chacun.

Plusieurs projets et initiatives en place semblent excellents pour faire face aux défis croissants de recrutement et de rétention. Un travail important est fait pour vendre la région de Lanaudière aux futurs membres du personnel, aux étudiants et aux stagiaires. La planification de la main-d'œuvre se fait deux fois l'an et l'embauche s'effectue en continu. Beaucoup d'initiatives ont lieu pour la rétention de la main-d'œuvre et la réduction de l'absentéisme. Des gestionnaires-ambassadeurs identifiés participent aux activités de recrutement.

Les sessions d'accueil des nouveaux employés et des nouveaux cadres semblent très bien élaborées. Beaucoup d'emphase est mise sur le bien-être au travail et la conciliation travail/famille. L'autogestion des horaires est réalisée à plus de 90 % pour le personnel infirmier. L'exercice s'amorce pour les autres titres d'emploi. L'évaluation de la contribution reprend lentement avec les gestionnaires. Il existe des procédures qui prévoient une rencontre par employé aux trois ans. L'établissement est invité à reprendre le plus rapidement possible les évaluations et à produire un calendrier d'implantation qui permettrait de constater l'évolution de ce dossier. Les entrevues de départ sont maintenant effectuées par un usager. Plusieurs formations sont offertes. Un calendrier à cet effet est accessible, autant pour les gestionnaires que pour les intervenants. La progression du personnel à l'intérieur de l'établissement est fortement encouragée.

Les dossiers du personnel sont conservés de manière adéquate et les accès sont limités aux seules personnes autorisées. À part les informations de formations qui sont conservées ailleurs, plusieurs documents sont absents de certains dossiers, qu'on parle de consentements, d'engagements, de plunitifs et autres, que le dossier soit papier ou informatisé. Une attention particulière est à apporter afin que le dossier de chacun des employés soit complet. Il est à souligner que très peu de formulaires d'évaluation de la contribution y ont été retrouvés.

La transparence se reflète partout dans l'établissement. Les gestionnaires des différentes directions participent aux comités de relations de travail et peuvent intervenir et suivre leurs enjeux.

#### **Ressources informationnelles :**

Les ressources informationnelles ont vu l'arrivée d'un nouveau directeur pour les CISSS de Laval, des Laurentides et de Lanaudière (Direction des ressources informationnelles Lanaudière-Laurentides-Laval/ DRI LLL) il y a environ un an. Ce dernier a insufflé de nouvelles orientations et de nouvelles responsabilités à l'ensemble de la direction.

Les politiques et procédures sont en harmonisation pour avoir une politique DRI LLL. Les descriptions de fonctions de tous les gestionnaires ont été revues et des descriptions génériques décrivent l'ensemble des tâches du personnel. Le personnel de la direction est présent sur chacun des sites et un mode de collaboration et de recherche de solutions est instauré. Un directeur adjoint est nommé responsable pour chacune des régions. Les directeurs adjoints participent aux projets et sont présents pour aider à mettre en place les meilleures solutions technologiques à l'intérieur des budgets disponibles.

L'établissement doit s'assurer l'accès à de la redondance ou à des plans de contingence pour l'ensemble des systèmes comportant des données vitales, comme Chronomédic à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Une politique sur la sécurisation des actifs informationnels est en cours d'élaboration. Les visiteurs ont constaté une grande collaboration et une belle complémentarité entre le service des archives médicales et la DRI LLL pour tout ce qui concerne le pilotage de systèmes et la gestion de la confidentialité. Les politiques qui entourent la gestion de la confidentialité et des accès aux dossiers des usagers sont présentes et appliquées. Des efforts sont à mettre afin de s'assurer que chacun des systèmes peut permettre la journalisation des accès.

### **Ressources financières :**

Les ressources financières comportent des processus qui sont extrêmement formalisés et légaux, ce qui ne fait pas exception dans cet établissement. Les orientations sont fixées par le MSSS. Les principes de base des ressources financières du CISSS de Lanaudière sont l'équilibre budgétaire, la performance et la productivité. Tout est mis en œuvre au niveau des ressources et de la collaboration afin que chacun des acteurs connaisse bien son rôle, reçoive la formation nécessaire et effectue les suivis appropriés. Les tableaux de gestion permettent de connaître l'état de la situation financière et des solutions sont regardées en équipe afin d'apporter des solutions. Ils sont accessibles à tous. En dehors des rencontres pour le maintien d'actifs, un comité de gestion des projets annuels est en place.

### **Ressources matérielles :**

L'environnement physique est bien contrôlé. Plusieurs lieux sont vétustes et demandent des efforts supplémentaires en vue d'en assurer la salubrité. Des efforts sont à faire en ce sens. Les systèmes d'appoint sont en place et testés régulièrement. Les achats d'équipements se font selon les procédures en cours, inscrits dans le système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) et suivis pour leur entretien préventif et leur entretien tout au long de leur durée de vie. Les remplacements sont bien planifiés. Des formations sont offertes au personnel du génie biomédical afin de rendre ce service plus autonome. Des formations sont à structurer pour le personnel qui utilise les nouveaux équipements. Il faut souligner l'étroite collaboration entre le service de prévention et de contrôle des infections et la direction des ressources matérielles dans la mise en place des différents projets au sein de l'établissement. Un contrat PCI/GBM (prévention et contrôle des infections/génie biomédical), selon les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) est établi et signé par les chargés de projets. Une coordination interdisciplinaire est aussi présente entre le génie biomédical et l'informatique afin d'assurer une coordination adéquate. Un comité tactique est en place toutes les deux semaines.

Le développement durable est de plus en plus ancré au cœur de l'établissement. Une politique, des procédures, des indicateurs, de l'information et des initiatives existent. La formation et les indicateurs sont cependant à améliorer. La politique est en révision. Le directeur des ressources matérielles ainsi que ses gestionnaires en assurent le suivi. Un plan d'action est élaboré et un bilan annuel est déposé au conseil d'administration. Le développement durable fait partie de l'ADN de l'établissement. Plusieurs initiatives vertes sont en place et certains enjeux vécus sont abordés et discutés.

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

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

## Leadership – Gestion de la qualité et des risques

### Évaluation du chapitre : 91,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 8,6 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

La direction de la qualité (DQEPE) joue un rôle transversal dans la qualité, dans la mise en place d'outils et de grilles d'audits, par ses fonctions au niveau de la maltraitance et de l'éthique.

Il n'existe pas de cadre de référence ni de politique en amélioration continue de la qualité dans l'organisation, malgré les nombreuses activités qui ont pu être appréciées. Chacune des directions s'est dotée d'une équipe qualité qui assure une veille et un regard sur les données probantes. Différents outils sont utilisés pour l'accès et la disponibilité de ces données probantes.

Les différents aspects concernant la maltraitance, la sécurité physique et psychologique de la main-d'œuvre et des usagers, la gestion des plaintes, la déclaration, la divulgation, l'analyse interdisciplinaire, la diffusion des résultats et le suivi des différents événements sont bien pris en considération et bien cernés. Une grande vigie qualité des formulaires de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) existe. Lors de l'analyse des événements, des usagers participent aux délibérations, ce qui enrichit les discussions et les conclusions. Les procédures sont en place et la divulgation se fait selon les règles et les délais et elle est consignée. Il en est de même pour les plaintes qui sont reçues et analysées par les gestionnaires et le commissariat aux plaintes. Les recommandations peuvent être accompagnées de soutien des équipes sur le terrain. Il n'existe aucune culture de blâme et tous les intervenants s'assurent que la qualité et la sécurité des services aux usagers sont au rendez-vous. Beaucoup d'audits et de discussions de cas sont effectués et les résultats permettent d'enrichir les processus et d'orienter les différentes formations offertes.

Certains aspects comme la priorisation de la sécurité, l'implication du personnel auprès des usagers et l'éthique, existent et sont discutés, mais les politiques les concernant sont en révision. Il existe beaucoup de comités qui sont menés par les directions partenaires. Plusieurs formations sont aussi données aux nouveaux gestionnaires et aux membres du personnel, comme mentionné au niveau des ressources humaines. Ces formations sont répertoriées.

L'équipe de visiteurs réitère l'importance de pérenniser les comités d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement sur une base régulière, en plus de pérenniser les réflexions sur les pratiques organisationnelles requises. De plus, des auto-évaluations devraient être complétées chaque année, afin de voir où l'établissement se situe par rapport aux normes d'Agrément Canada qui sont mises à jour régulièrement.

En ce qui concerne les aspects de la sécurité, il est constaté que les soins et services aux usagers et l'environnement de travail sont sécuritaires. Plusieurs initiatives sont mises de l'avant afin de favoriser la gestion des risques et l'atténuation des facteurs de risques dans un environnement complexe et très évolutif.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination.	Priorité élevée
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale
4.2.6	<p>Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>4.2.6.3 Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.</p> <p>4.2.6.4 Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.</p>	POR
4.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques qui définissent les exigences envers la main-d'œuvre, concernant l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie.	Priorité normale

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

### **Évaluation du chapitre : 80,6 % des critères sont conformes**

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 19,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### **Résultats de l'évaluation :**

Dans le cadre de la visite d'Agrément Canada, pour le chapitre «Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres», l'équipe de visiteurs a rencontré des gestionnaires mobilisés issus de plusieurs directions ainsi que des partenaires municipaux et de la communauté.

Lors d'un sinistre, l'établissement met à la disposition une ligne 1-800 accessible 24 heures par jour à toutes les personnes touchées par la situation d'urgence. L'accessibilité à une ligne dédiée à la population lors de situation d'urgence découle d'une initiative régionale.

L'établissement dispose d'un plan de communication en situation d'urgence qui a été réalisé par la Direction des communications et des relations publiques. De plus, une structure de gouvernance pour la gestion des événements majeurs au CISSS de Lanaudière est disponible.

Une rencontre de débriefage avec les intervenants des services psychosociaux qui sont déployés lors d'une situation ou d'un sinistre a lieu après chaque événement et des mesures de soutien sont également offertes et disponibles.

La direction du programme Soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers dispose d'un plan de mesure d'urgence répondant aux risques à la santé et au bien-être et à l'évaluation des besoins des usagers sur le plan des soins et des services. Les autres directions cliniques sont invitées à utiliser ce modèle pour l'élaboration de leurs plans de mesure d'urgence.

Bien que l'établissement dispose d'un plan régional de sécurité civile pour la mission santé qui a été adopté en mai 2011, une mise à jour est recommandée.

Il est également souhaitable que l'établissement procède à l'élaboration des procédures inexistantes et la création d'outils de travail (journal de bord, gabarit, registre d'événements) afin de planifier de manière proactive les sinistres et la gestion des situations d'urgence.

Par ailleurs, la volonté de l'établissement de mettre en place le comité des mesures d'urgence et de sécurité civile (MUSC) suivant le comité de gestion des risques permettra l'identification de tous les risques pouvant compromettre les plans de mesures d'urgence de l'établissement.

En somme, les travaux en cours concernant l'élaboration d'une planification stratégique des mesures d'urgence et de sécurité civile de laquelle découlera un plan d'action permettront à l'établissement d'établir le cadre général pour se préparer aux situations d'urgence et de sinistres. C'est pourquoi il est fortement recommandé que les travaux en cours soient poursuivis.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.8	Les gestionnaires de l'établissement proposent, à l'ensemble de la main-d'œuvre, une offre de formation sur les situations d'urgence et de sinistres, afin de renforcer les compétences pour participer à l'évaluation des besoins, à l'intervention et au rétablissement.	Priorité élevée
5.3.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services afin d'assurer un triage et une gestion efficace des traitements actifs, des transferts d'usagers et des congés lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.	Priorité élevée
5.4.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à reconstituer l'information sur les usagers au cas où celle-ci ne pourrait pas être récupérée ou restaurée après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.5	Les gestionnaires de l'établissement prévoient la tenue de séances de débriefage pour tous ceux engagés dans la gestion des situations d'urgence et de sinistres afin de soutenir le rétablissement et de formuler des recommandations d'amélioration pour d'autres événements.	Priorité normale

## Santé publique

### Évaluation du chapitre : 96,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de la visite d'Agrément Canada sur le chapitre de la santé publique, l'équipe de visiteurs a rencontré des équipes mobilisées et impliquées.

Malgré le manque important d'effectifs médicaux en santé publique, les gestionnaires, employés, médecins et dentistes travaillent en étroite collaboration et en interdisciplinarité. Les rôles, responsabilités et tâches sont bien déterminés pour chacun des titres d'emploi. Le champ de compétence de chaque membre de l'équipe est respecté et utilisé à son plein potentiel.

Plusieurs projets novateurs sont en place et découlent d'initiatives régionales notamment, «Devenir un gardien du sourire» et «Attention ! Enfants en mouvement».

Il convient de souligner le leadership de la direction de la santé publique pour son travail en développement des communautés par l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de développement des communautés.

Dans le cadre de l'implantation de la Politique sur les environnements sans fumée portée par la direction de la santé publique, l'établissement est encouragé à poursuivre l'identification d'indicateurs de suivi du projet.

Le directeur de santé publique a la responsabilité de coordonner les services et l'utilisation des ressources pour l'application du Plan d'action régional (PAR) prévu par la Loi sur la santé publique (article 90). En ce sens, il est imputable de l'ensemble des programmes-services de santé publique de sa région. Considérant que plusieurs activités sont sous l'autorité hiérarchique du directeur de santé publique et d'autres sont sous son autorité fonctionnelle, il sera souhaitable d'élaborer des ententes de co-responsabilité.

De plus, la direction de la santé publique ne dispose d'aucun plan régional de surveillance de l'état de santé de la population de son territoire. À cet effet, en plus d'être prévu dans la Loi sur la santé publique, le plan de surveillance joue un rôle structurant dans l'exercice de la surveillance de l'état de santé et de ses déterminants dans la population. Il est donc essentiel qu'un plan soit élaboré.

En terminant, la direction et l'établissement sont fortement encouragés à promouvoir les projets novateurs auprès des instances ministérielles et des autres établissements.

**Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique**

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
6.2.1	La Direction de santé publique met en œuvre un plan de surveillance de l'état de santé de la population de son territoire.	Priorité normale
6.2.2	La Direction de santé publique porte une attention particulière, dans son plan de surveillance, aux inégalités sociales et de santé.	Priorité élevée

## Télésanté

### Évaluation du chapitre : 76,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 23,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Le service de télésanté du CISSS de Lanaudière est actif depuis quelques années. Le service informatique travaille de concert avec ses partenaires du CISSS Laurentides et du CISSS de Laval sous l'appellation de la DRI LLL (Direction des ressources informationnelles Lanaudière, Laurentides, Laval). L'équipe de télésanté suit les directives ministérielles du MSSS dans l'application des services de télésanté dans le milieu, assurant l'uniformité de la structure de gouvernance provinciale.

Un comité de coordination en télésanté est en place pour favoriser la mise en place du service. Le comité tactique a un volet plus opérationnel pour le déploiement de cette offre de services moderne. Une politique de télésanté, en document de travail, permet de faciliter la mise à niveau des bonnes pratiques de sécurité informationnelle. Il est proposé d'accélérer l'approbation de ladite politique afin d'officialiser les bonnes pratiques en matière de télésanté. L'équipe est très motivée à faire le déploiement de la télésanté, mais certains freins sont observés de la part des intervenants particulièrement en ce qui concerne la gestion du changement. D'autres services ont amorcé ce virage qui s'est accéléré avec l'arrivée de la pandémie. Un formulaire de demande de service de télésanté est disponible de façon électronique. L'analyse de la demande est effectuée rapidement par les copilotes clinique et technologique, permettant de répondre aux besoins des intervenants. En cas de doute, la demande est transmise au comité tactique.

Un plan d'action de la télésanté 2023-2024 du CISSS est en voie d'actualisation. Cependant, il n'existe pas de programme intégré de gestion de la qualité des services dans ce secteur. L'équipe est encouragée à élaborer un programme de gestion de la qualité. Un guide explicatif à l'intention des professionnels vient d'être diffusé auprès des intervenants ciblés. La clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) fait preuve de figure de proue pour le déploiement de la télésanté dans l'établissement. Un sondage de satisfaction de la clientèle de la clinique IPS démontre des aspects positifs pour les usagers. Les résultats du sondage ont été diffusés aux intervenants de la clinique. Il est suggéré à l'équipe de télésanté d'utiliser cette expérience positive pour faire la promotion des bienfaits pour les usagers concernés. L'équipe est encouragée à poursuivre son recrutement d'utilisateur ressource afin de favoriser la voix de l'utilisateur dans l'élaboration et le suivi des dossiers de télésanté. L'équipe ne fait pas la promotion de ses bons coups en télésanté. Elle est encouragée à faire la diffusion des activités en télésanté auprès des différents acteurs clés afin de les encourager à poursuivre le déploiement de cette offre de service prometteuse.

Un guide pour l'utilisateur des services de télésanté lui permet de prendre en compte toutes les règles de fonctionnement de la télésanté. Les intervenants s'assurent d'avoir le consentement écrit ou verbal de l'utilisateur avant toute intervention virtuelle. Le consentement verbal est revalidé à chaque rencontre virtuelle et documenté au dossier de l'utilisateur. Des guides de démarrage informatique sont disponibles pour les usagers. Du soutien est offert au besoin à la clientèle. L'équipe est encouragée à inclure le consentement à la télésanté dans la politique sur le consentement aux soins qui date de 2019 et qui est en cours de révision.

Le projet pilote de la clinique de douleur chronique de la Direction des services généraux, de la première ligne et des partenariats est un beau moyen d'optimiser l'offre de services pour répondre aux besoins de la clientèle qui attend depuis longtemps l'accès à un professionnel. Le projet de cours de groupe théorique et pratique a donné d'excellents résultats pour la clientèle. La satisfaction de la clientèle est

très élevée pour ce projet; l'établissement a intérêt à le poursuivre.

La sécurité informationnelle est un élément essentiel à l'implantation de la télésanté. L'équipe travaille de concert avec la sécurité informationnelle pour offrir des services sécuritaires et confidentiels. Les usagers ne sont pas consultés pour évaluer les possibilités d'amélioration. L'équipe est à la recherche d'usagers partenaires. Des invitations sont affichées pour favoriser ce recrutement. Une politique sur la gestion de l'information est en place, mais elle date de 2018.

**Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un document à l'égard de la conception des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les politiques et les procédures sont établies lors de la conception de l'ensemble des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme de gestion de la qualité des services de télésanté pour définir les caractéristiques de qualité requises et mesurer les résultats.	Priorité élevée
7.1.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les services de télésanté sont conçus de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.	Priorité normale
7.2.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la stratégie organisationnelle de l'offre des services de télésanté est élaborée en collaboration avec les usagers.	Priorité normale
7.2.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les usagers participent à au moins un volet de la conception, de la prestation et de la mise en œuvre des services de télésanté.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la procédure organisationnelle de mise en place des services de télésanté est conçue conjointement avec la collaboration des usagers.	Priorité normale
7.2.7	Les équipes identifient les possibilités d'amélioration continue de la qualité en collaboration avec les usagers.	Priorité normale
7.2.8	Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes.	Priorité normale
7.2.9	Les équipes révisent régulièrement les lignes directrices et les protocoles en collaboration avec les usagers.	Priorité élevée

# Programme de prévention et de contrôle des infections

## Évaluation du chapitre : 87,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

L'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) a été très occupée dans les dernières années en raison de la pandémie. Un comité stratégique CISSS est en place. Les membres sont très dynamiques et représentent les différents secteurs de l'établissement. Le programme de PCI date de 2019, mais une révision est en cours incluant un plan d'action 2024-2025 qui fera l'objet d'une approbation dans les prochaines semaines. L'équipe a débuté la mise en œuvre du plan d'action, mais celui-ci est peu connu des gestionnaires des soins et services. L'équipe est encouragée à diffuser son plan d'action et à le spécifier en fonction des réalités locales. L'équipe peut compter sur des ressources professionnelles compétentes qui basent leurs actions et leurs réflexions sur les bonnes pratiques, les données probantes et évidemment les directives ministérielles. La présence de trois officiers médicaux en prévention des infections facilite la prise de décision. La cogestion médicale facilite les orientations organisationnelles pour que les pratiques en PCI soient optimisées. La pandémie a permis un rapprochement entre les deux équipes de PCI du nord et du sud, et ce, pour le mieux-être de l'organisation grâce à une meilleure communication. Différentes politiques et procédures sont en révision actuellement. L'équipe est encouragée à porter une attention particulière sur la procédure portant sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob qui date de 2014.

La direction responsable de l'équipe de la PCI se veut une direction de proximité dont les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont bien définis. Des liens étroits existent avec les autres directions et la santé publique par l'entremise de comités structurés ou de discussions ponctuelles. Une vigie est faite des différents travaux de construction majeurs ou mineurs afin que les normes de PCI soient respectées et pour assurer la sécurité de la clientèle et des intervenants. Certains milieux ont pu bénéficier des travaux d'amélioration pour les espaces d'entreposage de matériel souillé (courte durée Centre hospitalier de Lanaudière/CHDL, soins intensifs Hôpital Pierre-Le Gardeur/HPLG), mais d'autres méritent une attention particulière pour l'aménagement des lieux (particulièrement au CHDL) et une révision du circuit du matériel souillé afin d'éviter le croisement du matériel propre et du matériel souillé.

Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision disponibles dans l'intranet du CISSS. Ces outils et le soutien de l'équipe de prévention des infections permettent de mettre en place des actions concrètes dès que des signes et symptômes apparaissent sur les unités de soins. Le personnel rencontré mentionne être bien informé par la PCI et agit en mode préventif. Des formations sur l'hygiène des mains ont été dispensées sur la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA). La présence des champions PCI sur les unités est un leitmotiv pour s'assurer du respect des bonnes pratiques en PCI. Des intervenants ont été formés pour faire cette vigie dans un contexte éducatif et préventif. L'équipe est encouragée à poursuivre l'identification de nouveaux champions, et ce, pour les différents quarts de travail.

L'équipe a débuté des travaux de réflexion concernant l'élaboration de la pratique organisationnelle requise sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau. Un travail de collaboration se fait avec le service d'hygiène et salubrité et la direction des soins infirmiers afin de bien camper la politique. Malgré le fait que la procédure et la politique ne soient pas implantées, le personnel sur les unités fait des actions de nettoyage et de désinfection de bas niveau des équipements. Une formation annuelle obligatoire est donnée au personnel soignant via la plateforme ENA. Des audits sont faits afin de s'assurer que le nettoyage et la désinfection sont bien faits. Le travail est débuté, mais beaucoup de choses restent à clarifier par les différents acteurs concernés. Il est suggéré de bien former le personnel lorsque la

procédure sera bien dictée.

L'équipe de PCI effectue le suivi des infections nosocomiales et la gestion des éclosions. Des outils de collecte de données sont disponibles pour faciliter l'enquête épidémiologique. Le système Nosokos permet la saisie des données et est disponible pour l'équipe de PCI. Un rapport d'éclosion est fait au fur et à mesure de la gestion de l'éclosion en incluant des avis de levée de l'éclosion. Ce document est fort apprécié des gestionnaires et des équipes de soins pour leur permettre d'avoir une vision de l'éclosion sans son ensemble.

Différents moyens de communication sont en place pour informer le personnel en matière de PCI. L'accès à l'information sur l'intranet, l'Info-PCI, les tableaux de gestion visuels et le courriel, sont des exemples afin de s'assurer que les intervenants connaissent les bonnes pratiques et les nouveautés en PCI. Le personnel se dit très bien informé en ce qui a trait à l'information dans son ensemble.

Le mandat de la PCI s'est élargi dans les dernières années avec la responsabilité d'assurer une présence en PCI dans les résidences pour personnes âgées, les CHSLD et les ressources intermédiaires. L'équipe a développé un rapport de visite afin de bien documenter la situation et de proposer des pistes d'amélioration le cas échéant.

Le suivi des bactéries multirésistantes fait l'objet des préoccupations des intervenants en PCI. Des actions concertées entre les différents partenaires favorisent la gestion des infections nosocomiales.

Des activités de dépistage, d'identification et de suivi sont au programme pour assurer un séjour sécuritaire pour la clientèle. Les applications informatiques Nosokos, Clinibase et Omnimed permettent d'inscrire la présence des bactéries multirésistantes qui sont visibles par les intervenants et ainsi en agir en mode préventif. Il faut noter le dossier des entérocoques producteurs de carbapénèmases (EPC) qui a nécessité un plan d'action dans les dernières années. L'équipe poursuit ses activités de surveillance de cette bactérie et des actions sont prises selon la situation. L'équipe est encouragée à poursuivre le suivi et la surveillance des bactéries multirésistantes. Le déploiement pour les nouvelles affiches selon le type de pathogènes en PCI est débuté dans certains milieux.

Les usagers ou leurs proches sont peu impliqués dans la prise de décision en regard des pratiques en PCI. Ils sont informés lorsqu'un statut infectieux est déclaré ou lors d'éclosions. Certains documents sont produits à l'intention des usagers dont quelques-uns ont été validés par un usager-ressource. L'équipe a intérêt à impliquer davantage les usagers dans la prise de décision.

Plusieurs centres d'hébergement ont été visités. Il faut noter la rigueur des gestionnaires et des intervenants dans la mise en œuvre des bonnes pratiques en PCI. Malgré certaines vétustés observées, des chambres multiples, les lieux sont propres. Le soutien de proximité des conseillers en PCI et de quelques champions PCI est à souligner pour le respect des pratiques. La gestion des éclosions est faite avec rigueur, un suivi serré est fait, l'information est diffusée afin de limiter le plus possible la propagation de l'infection. Les familles sont bien informées des consignes PCI.

Tous les intervenants sont encouragés à poursuivre les efforts pour le maintien du lavage des mains. Certains secteurs sont efficaces tandis que d'autres font l'objet d'une vigie constante, mais les résultats ne sont pas au rendez-vous. Les audits du lavage des mains sont faits et diffusés aux équipes de soins, mais ils ne le sont pas aux usagers.

L'équipe de prévention et contrôle des infections doit poursuivre son travail de conscientisation des bonnes pratiques tout en gardant l'objectif, qu'un jour peut-être, leurs activités se limiteront au volet prévention de leur mandat.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un programme de prévention et de contrôle des infections est en place.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
	8.2.9.1 Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.20	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique d'immunisation pour la main-d'œuvre.	Priorité élevée
8.2.25	Les équipes utilisent des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'évaluation du risque de transmission de maladies à prion pour les services de neurochirurgie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	<p data-bbox="386 310 1138 401">L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p> <p data-bbox="407 470 1177 653">8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul data-bbox="634 653 1177 1052" style="list-style-type: none"> <li>• faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);</li> <li>• mesurer l'utilisation d'un produit;</li> <li>• inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;</li> <li>• évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</li> </ul> <p data-bbox="407 1079 1138 1226">8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.</p> <p data-bbox="407 1255 1105 1377">8.2.30.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.</p>	POR
8.3.14	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée

## Services de retraitement des dispositifs médicaux

### Évaluation du chapitre : 45,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 54,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Les équipes des services de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) et du centre hospitalier de Lanaudière (CHDL) ont été évaluées pour l'ensemble des critères de ce chapitre. Les services suivants qui utilisent les services de retraitement des centres hospitaliers ont également été visités et évalués; Unité mère enfant et cliniques externes de gynécologie du CHDL et de HPGL, les soins intensifs de HPGL, l'Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), le Groupe de médecine de famille universitaire (GMFU) ainsi que les cliniques de la direction jeunesse du Centre multiservice de santé et de services sociaux Claude-David, les équipes de soutien à domicile (SAD) du CLSC Meilleur d'Iberville et le GMFU du nord de Lanaudière (GMFU NDL).

Toutes ces équipes ont démontré leur intérêt et leur investissement dans le processus d'agrément. Il convient de les remercier pour leur accueil. L'équipe de visiteurs a pu apprécier également durant la visite le soutien des équipes de prévention et contrôle des infections (PCI), du génie biomédical et des installations matérielles à l'atteinte des normes de qualité.

La qualité des services et la sécurité des usagers sont au centre des préoccupations des membres des équipes et des gestionnaires rencontrés. Plusieurs efforts ont été déployés pour l'atteinte des normes, mais la conformité dépend également de la présence d'une procédure normalisée pour l'atteinte de plusieurs critères. Comme plusieurs des procédures sont en élaboration ou en attente d'approbation, plusieurs non-conformités sont observées. L'équipe de visiteurs vous encourage dans la poursuite de ce processus parfois laborieux dans les organisations. Les gestionnaires de l'établissement ont développé un plan exhaustif d'amélioration de la qualité découlant des critères d'agrément et une bonne collaboration est sentie des différentes parties prenantes. Les gestionnaires sont invités à cibler des priorités du plan global et à développer des objectifs mesurables et des indicateurs pertinents avec les équipes. L'utilisation régulière des tableaux de gestion visuels (TGV) démontre la mobilisation des équipes vers l'amélioration continue et pourrait être un bon outil pour le suivi de ces objectifs et indicateurs.

Plusieurs aspects positifs et projets innovateurs ont été remarqués. Parmi ceux-ci, il faut noter le projet de formation avec le centre de formation professionnelle des Samares qui aidera à pallier la pénurie de main-d'œuvre et contribuera possiblement éventuellement à faciliter l'accès à de la formation continue pour les employés. Le CHDL semble souffrir plus grandement de la pénurie que l'HPGL selon les commentaires reçus des employés qui mentionnent travailler souvent en effectif réduit.

L'établissement est invité à développer des pistes de solutions pour stabiliser la main-d'œuvre dans ce secteur en facilitant la possibilité de supervision clinique et en améliorant les conditions de l'environnement de travail.

Malgré un souci bien ressenti des équipes vers l'amélioration continue, peu de déclarations d'incidents sont recensées par année (seulement 12 pour les unités de retraitement des médicaments/URDM de tout le CISSS). Les gestionnaires sont déjà en action pour trouver des pistes de solutions et encourager la déclaration. De ce faible nombre de déclarations, des activités d'amélioration ont pu se dégager dans les secteurs, comme l'ajout de couvercle sur des pédales qui ont diminué les risques d'accrochage pour ne donner qu'un exemple. Les équipes sont invitées à encourager les sites satellites à remplir les rapports de déclarations de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) si pertinent.

Un autre bon coup à souligner est la pertinence du comité URDM et son appréciation des parties prenantes. Le comité est actif et les solutions sont regardées en équipe, ce qui augmente l'engagement des collaborateurs vers l'amélioration continue et réitère l'importance des activités de retraitement au sein

de l'établissement. Il faut souligner également la consultation des équipes de l'URDM dans l'achat des nouveaux équipements comme bonnes pratiques à pérenniser. Il est suggéré de poursuivre dans cette lancée et de penser à impliquer les équipes de l'URDM lorsqu'un changement au niveau des activités cliniques qui peut affecter ces secteurs est en réflexion, cela permettra une planification adéquate des ressources humaines et matérielles.

Plusieurs sondages et audits sont réalisés autant à l'interne qu'à l'externe pour évaluer les services, il convient de féliciter les équipes. La prochaine étape pourrait être de revoir les questionnaires utilisés pour faciliter et encourager un plus grand volume de réponses des parties prenantes.

L'équipe de visiteurs souhaite souligner également la volonté d'uniformiser les systèmes informatiques pour le traçage des instruments. Non seulement il sera plus facile de retracer tous les instruments, mais cela permettra également d'uniformiser la collecte de données pour la volumétrie à travers le CISSS, ce qui permettra de faciliter la prise de décision en regard de la planification de la main-d'œuvre et un juste financement à l'activité.

Sur le sujet de la performance, l'établissement est également invité à évaluer l'efficacité des différents modèles de services centralisés versus ses services décentralisés de ces deux centres hospitaliers et capitaliser sur ce qui fonctionne bien dans les deux centres. Au CHDL, l'espace d'entreposage du matériel souillé du bloc opératoire a besoin d'être mis aux normes pour plusieurs aspects de salubrité, d'ergonomie, de confort et d'éclairage. Et si l'on peut imaginer que la proximité du bloc opératoire peut être avantageuse, il reste que des familiarités entre les services peuvent aussi en diminuer la qualité. Il faut régulièrement rappeler aux employés du bloc de suivre les règles pour le transport sécuritaire des instruments. Durant la visite, des instruments souillés baignaient dans leur solution enzymatique, à l'air libre, sur un bac de transport, dans un corridor considéré propre du bloc opératoire. Les employés de l'URDM central doivent faire plusieurs aller-retour pour aller chercher les instruments au mont de charge, car aucun signal ne permet de savoir quand les instruments arrivent, ce qui diminue leur efficacité.

Il faut souligner également les chariots de transport utilisés pour faire la collecte des instruments des unités, qui utilisent actuellement des bacs sans couvercle, mais ceux-ci sont planifiés à être remplacés. Les équipes de l'Unité mère-enfant sont également invitées à revoir leur stratégie de planification des tables d'accouchement afin de diminuer les instruments périmés avant leur utilisation. Le modèle de l'Unité mère-enfant de l'HPLG semble permettre moins de restérilisation.

Comme piste d'amélioration à l'HPLG, les équipes sont invitées à penser un plan de contingence en cas de panne du système informatique Chronomedic.

Pour les services d'endoscopie des deux centres, l'environnement physique est accueillant et en respect des normes dans les secteurs. Seulement l'aspect du pré-nettoyage pourrait bénéficier d'une révision pour optimiser le respect de la prévention de la contamination de l'environnement avec les gants post-nettoyage.

Pour terminer, il faut souligner les initiatives afin de contribuer à un environnement durable en diminuant l'utilisation des instruments jetables dans l'établissement. Une autre initiative prometteuse qui reflète bien l'engagement des équipes vers l'amélioration continue.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.1	Les gestionnaires de l'établissement nomment une personne responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement des dispositifs médicaux de l'établissement, ce qui inclut le retraitement effectué en site satellite.	Priorité élevée
9.2.8	Les gestionnaires de l'établissement offrent une reconnaissance à la main-d'œuvre pour leurs contributions.	Priorité normale
9.2.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la tenue vestimentaire dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.2.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la nourriture, le maquillage et les lentilles cornéennes dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.2	Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité normale
9.3.5	Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure opérationnelle normalisée pour la conservation des dossiers relatifs aux activités du service de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.6	Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée
9.3.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur l'identification du risque d'une contamination ou d'une infection à prion.	Priorité élevée
9.3.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.	Priorité normale
9.3.10	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.3.11	L'équipe s'assure qu'à la suite de l'étape de nettoyage et avant qu'un autre retraitement soit effectué, les dispositifs médicaux qui présentent des problèmes font l'objet d'un nettoyage, d'une lubrification ou d'un entretien additionnel, le cas échéant, par cette équipe.	Priorité élevée
9.3.12	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.14	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour assurer la vérification de la qualité de l'équipement de retraitement en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.15	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les activités de stérilisation des dispositifs médicaux selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.3.16	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.	Priorité élevée
9.3.17	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la stérilisation rapide.	Priorité élevée
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.19	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour la documentation des activités de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.20	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la qualification de l'installation, la qualification et les requalifications opérationnelles d'un stérilisateur.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée
9.3.22	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.	Priorité élevée
9.3.23	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les indicateurs chimiques internes et externes.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	Priorité normale
9.4.9	L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.	Priorité élevée
9.5.5	L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.5.6	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la vérification des dispositifs endoscopiques flexibles pour déceler tout dommage avant de procéder à la désinfection.	Priorité élevée
9.5.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage et la désinfection appropriée de chaque dispositif endoscopique flexible selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la documentation des activités de retraitement de chaque dispositif endoscopique flexible.	Priorité élevée
9.6.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que des objectifs mesurables sont établis pour l'évaluation des services de retraitement des dispositifs médicaux et le plan d'amélioration continue.	Priorité élevée
9.6.2	Les gestionnaires de l'établissement recueillent sur une base régulière des données découlant des indicateurs pour suivre les progrès visant l'amélioration de la qualité.	Priorité normale

## Gestion du circuit du médicament

### Évaluation du chapitre : 85,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 14,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Dès la première rencontre avec des gestionnaires et du personnel du département de pharmacie, l'équipe de visiteurs a constaté le niveau de responsabilité, d'enthousiasme, d'ouverture, de rigueur et d'engagement dont font montre les différents membres de l'équipe.

Les deux départements de pharmacie, celui du Centre Hospitalier De Lanaudière et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, sont tous deux bien structurés dans le processus du circuit du médicament. Dès la saisie des ordonnances, le pharmacien est présent pour s'assurer d'une démarche sécuritaire pour la clientèle.

L'existence de plusieurs comités interdisciplinaires permettant l'atteinte de leurs mandats est à souligner. L'équipe de visiteurs a observé un grand engagement de leur part. Selon leurs commentaires, leurs rencontres sont bien organisées et efficaces et permettent la réalisation de nouveaux projets tout en répondant aux besoins de la clientèle. Dans tous ces comités, seul le comité antimicrobien ne s'est pas unifié sous l'entité du CISSS. Les membres de ces comités sont invités à unir leurs compétences et à mettre en commun leurs expertises. De plus, la présence d'un outil informatisé permettant un meilleur suivi des pathologies infectieuses serait sûrement appréciée. L'établissement est encouragé à poursuivre cette réflexion avec les professionnels concernés.

La présence de pharmaciens dans plusieurs unités de soins et services apporte une expertise supplémentaire à la clientèle ainsi qu'un soutien professionnel à l'équipe de travail. Plusieurs commentaires de reconnaissance ont été entendus au sujet de leur présence et de leur disponibilité.

La qualité et la sécurité des services font partie de leurs activités quotidiennes. Le traitement des médicaments à niveau d'alerte élevé ainsi que les narcotiques sont, entre autres, des actions significatives dans une démarche de sécurité. Plusieurs activités de surveillance sont implantées et améliorées selon les besoins.

Plusieurs politiques et procédures sont en cours de révision et de réalisation. L'établissement est encouragé à poursuivre sa démarche pour l'intégration des actions auprès du personnel à l'atteinte de leurs objectifs.

Les cabinets automatisés, Pyxis, contribuent grandement à maintenir les médicaments dans les unités de façon sécuritaire. Ils sont utilisés avec beaucoup de convivialité. Des surveillances de qualité sont faites régulièrement, mais aussi lorsque des interventions mettent en doute la régularité d'une manipulation.

Plusieurs services ont été visités pour l'observation du circuit du médicament. Notamment, quelques unités de courte durée, de longue durée, des centres de réadaptation ainsi que les soins courants et les soins à domicile dont la sécurité des médicaments est bien connue et les principes sont appliqués avec rigueur.

Pour le Centre Hospitalier De Lanaudière, le local d'entreposage des médicaments mériterait d'être reconfiguré ainsi que d'y intégrer un outil informatisé qui permettrait une gestion plus rigoureuse des entrées et des sorties de médicaments afin d'éviter que tout soit fait manuellement.

Une transformation des pratiques et des approches d'amélioration continue est en cours, dont celle de la

«culture d'audits». Pour tout projet se mettant en branle, il y a nécessairement un volet d'évaluation, de suivis d'indicateurs et d'atteinte des résultats. Il y a aussi une bonne agilité à apporter les correctifs rapidement sachant très bien l'importance pour la sécurité et la qualité des services requis par la clientèle et pour le personnel.

Toutefois, il est important de signaler la sécurité des chariots de médicaments dans certaines unités et services où se fait la distribution des médicaments.

Un bon dynamisme a été observé chez le personnel dans tous les secteurs de soins et services visités. L'importance que l'équipe accorde à la collaboration interdisciplinaire est rapidement perçue.

En terminant, il faut souligner l'appréciation d'une résidente pour les soins et les services qu'elle reçoit. Dans le même ordre d'appréciation, le partenaire rejoint est satisfait des relations professionnelles établies avec le CISSS.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.1.10	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	Priorité élevée
10.1.15	Le comité interdisciplinaire révise le formulaire thérapeutique selon le calendrier établi par ce dernier.	Priorité normale
10.4.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	POR
	10.4.3.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans leur établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.4.4	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p> <p>10.4.4.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des formulations d'opioïdes disponibles à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans leur établissement.</p> <p>10.4.4.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p> <p>10.4.4.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p>	POR
10.5.8	Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.	Priorité élevée
10.6.5	<p>Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication.</p> <p>10.6.5.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la procédure de l'établissement concernant l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés .</p> <p>10.6.5.4 Les gestionnaires de l'établissement signalent l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses mal interprétés comme des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.</p>	POR
10.7.10	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence techniques de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.7.11	L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée
10.9.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur l'utilisation sécuritaire des cabinets de distribution automatisés.	Priorité normale
10.9.9	Le comité interdisciplinaire évalue le système de distribution des médicaments lorsque la pharmacie est fermée en identifiant les forces et les points à améliorer.	Priorité normale
10.10.4	Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers.	Priorité élevée
10.10.5	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers.	Priorité normale
10.10.6	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments.	Priorité normale
10.10.7	Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.10.8	Les équipes cliniques offrent une formation et une supervision appropriées à l'utilisateur avant l'autoadministration, ce qui est consigné dans son dossier.	Priorité élevée
10.10.9	Les équipes cliniques respectent la procédure pour la tenue du dossier clinique lorsque l'utilisateur participe au programme d'autoadministration des médicaments.	Priorité normale

## Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'usager est au centre des discussions et des interactions à l'intérieur de l'établissement et sur le territoire. Il a toute sa place dans les discussions, les consultations, et même à l'intérieur du processus de plaintes. L'établissement a soutenu une structure permettant de poser des actions concrètes pour la population atikamekw du territoire. Les évaluations de ces actions permettront de mettre en place une politique de diversité et de sécurisation culturelles qui s'adressera à l'ensemble des populations.

Les actions de l'établissement, en ce qui concerne la qualité, sont impressionnantes, ne serait-ce que par la mise en place d'une stratégie de recrutement et d'implication des usagers partenaires (usagers ressources) dans les différents dossiers et sur les différentes tables de discussion organisationnelles. Les actions relatives à l'éthique sont aussi bien orchestrées avec une organisation partenaire, au bénéfice des usagers et du personnel de l'organisation, les ressources se faisant plus rares dans la région.

Beaucoup de travail est fait, mais il reste beaucoup à faire pour produire un cadre de référence complet en amélioration continue de la qualité et pour réviser la documentation. Cependant, l'équipe de visiteurs a pu constater de belles réalisations en ce qui concerne les activités d'amélioration de la qualité et les suivis d'indicateurs qui en découlent, au niveau des soins centrés sur la personne, de la continuité des trajectoires de service, de la gestion de la qualité et de la sécurité, de la performance organisationnelle et de l'expérience usager. Il s'agit de piliers incontournables du système de gestion de l'établissement qui se réalisent tout au long de la trajectoire de soins et services et auxquels l'ensemble des intervenants de l'établissement et les partenaires participent.

L'amélioration continue et la performance organisationnelle forment le noyau du programme de gestion intégrée de la qualité. Une approche structurée d'amélioration continue de la qualité permettra de répondre encore davantage aux besoins des usagers et de leurs proches.