



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides**

Saint-Jérôme, QC

**Séquence 3**

Dates de la visite d'agrément : 27 novembre au 2 décembre 2022

Date de production du rapport : 31 janvier 2023

## Au sujet du rapport

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

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

## Confidentialité

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

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

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

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	24
<b>Commentaires de l'organisme</b>	28
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	29
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	32
Résultats pour les manuels d'évaluation	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	48
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	51
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	59
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	62
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	65
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	69
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	71
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	72
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	74
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	76
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	79
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	81

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	82
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	84
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	86
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	87
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	88
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	90
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	92
Ensemble de normes : Télésanté	92
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>94</b>

## Sommaire

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

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

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

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 27 novembre au 2 décembre 2022**

- **Emplacements**

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

1. Centre de cancérologie de Saint-Eustache
2. Centre de services ambulatoires de Saint-Jérôme
3. Centre externe de dialyse rénale de Saint-Eustache
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil
5. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Thérèse-De Blainville
6. CHSLD des Hauteurs (CLSC Ste-Adèle)
7. CLSC de Lafontaine
8. CLSC de Mont-Tremblant
9. CLSC Jean-Olivier-Chénier
10. CLSC Saint-Joseph
11. Groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Eustache
12. Hôpital de Mont-Laurier
13. Hôpital de Rivière-Rouge

14. Hôpital de Saint-Eustache
15. Hôpital Laurentien
16. Hôpital régional de St-Jérôme
17. Unité de Médecine Famille Universitaire de Saint-Jérôme

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux

- **Normes**

***Normes sur l'excellence des services***

1. Télésanté

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	0	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	126	3	2	131
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	495	56	66	617
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	21	4	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	489	42	48	579
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	80	5	1	86
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	399	56	38	493
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	27	5	5	37
<b>Total</b>	<b>1650</b>	<b>171</b>	<b>160</b>	<b>1981</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Santé physique</b>									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	42 (82,4%)	9 (17,6%)	0	59 (86,8%)	9 (13,2%)	4	101 (84,9%)	18 (15,1%)	4
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	39 (95,1%)	2 (4,9%)	0	43 (91,5%)	4 (8,5%)	1	82 (93,2%)	6 (6,8%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	38 (86,4%)	6 (13,6%)	0	51 (83,6%)	10 (16,4%)	7	89 (84,8%)	16 (15,2%)	7

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	36 (92,3%)	3 (7,7%)	4	39 (95,1%)	2 (4,9%)	9	75 (93,8%)	5 (6,3%)	13
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	34 (89,5%)	4 (10,5%)	0	40 (81,6%)	9 (18,4%)	1	74 (85,1%)	13 (14,9%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	51 (91,1%)	5 (8,9%)	20	60 (81,1%)	14 (18,9%)	11	111 (85,4%)	19 (14,6%)	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	25 (89,3%)	3 (10,7%)	0	49 (84,5%)	9 (15,5%)	2	74 (86,0%)	12 (14,0%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	80 (97,6%)	2 (2,4%)	0	58 (100,0%)	0 (0,0%)	6	138 (98,6%)	2 (1,4%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	24 (82,8%)	5 (17,2%)	0	38 (92,7%)	3 (7,3%)	1	62 (88,6%)	8 (11,4%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	73 (94,8%)	4 (5,2%)	0	54 (96,4%)	2 (3,6%)	6	127 (95,5%)	6 (4,5%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	7 (100,0%)	0 (0,0%)	29	19 (86,4%)	3 (13,6%)	30	26 (89,7%)	3 (10,3%)	59
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	25 (100,0%)	0 (0,0%)	7	32 (100,0%)	0 (0,0%)	10	57 (100,0%)	0 (0,0%)	17

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	15 (93,8%)	1 (6,3%)	0
<b>Total</b>	515 (92,0%)	45 (8,0%)	60	602 (90,1%)	66 (9,9%)	88	1117 (91,0%)	111 (9,0%)	148
<b>Services généraux</b>									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	28 (70,0%)	12 (30,0%)	0	41 (87,2%)	6 (12,8%)	1	69 (79,3%)	18 (20,7%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	16 (100,0%)	0 (0,0%)	1	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	9 (100,0%)	0 (0,0%)	0	15 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	17 (100,0%)	0 (0,0%)	1	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	36 (97,3%)	1 (2,7%)	1	41 (95,3%)	2 (4,7%)	6	77 (96,3%)	3 (3,8%)	7
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	67 (97,1%)	2 (2,9%)	0
<b>Total</b>	149 (91,4%)	14 (8,6%)	63	248 (96,1%)	10 (3,9%)	7	397 (94,3%)	24 (5,7%)	10
<b>Télésanté</b>									
Ensemble de normes : Télésanté	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	52 (98,1%)	1 (1,9%)	0
<b>Total</b>	21 (100,0%)	0 (0,0%)	63	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	52 (98,1%)	1 (1,9%)	0
<b>Total</b>	685 (92,1%)	59 (7,9%)	63	881 (92,0%)	77 (8,0%)	95	1566 (92,0%)	136 (8,0%)	158

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	6 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	7 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	2 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	1 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

La présente visite d'agrément au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides concerne la séquence 3 du cycle de 5 ans, du programme Qmentum adapté aux établissements publics québécois. La norme Télésanté, le programme-services Santé physique et le programme-services Services généraux ont été évalués lors de cette visite d'agrément effectuée du 27 novembre au 2 décembre 2022. L'équipe était constituée de huit visiteurs à temps complet et d'un visiteur à temps partiel.

Commentaire global relatif à l'évaluation des programmes-services Santé physique et Services généraux et de la norme Télésanté

Dans l'ensemble des secteurs d'activités évalués, on reconnaît qu'il y a une approche de soins et services centrés sur la personne qui se traduit avec une implication de l'utilisateur ou de la famille dans le plan de soins et services. Cependant, l'établissement pourrait aller plus loin avec une logique de partenariat ou de co-construction permettant d'avoir une place plus décisionnelle touchant l'organisation et l'octroi des services auprès de la population. Pour le volet de sécurité, un système intégré de gestion des risques à la sécurité des usagers a été mis en place et l'analyse des événements déclarés donne lieu à des mesures préventives et correctives. Il a été possible de constater que cette culture juste et de déclaration d'incidents/accidents est plus présente pour le programme de santé physique et le volet santé des programmes services-généraux. L'établissement est invité à renouveler la sensibilisation et les rappels auprès du secteur psychosocial pour cette pratique.

Le CISSS des Laurentides est dans un élan vers une culture de mesure et de gestion intégrée de la performance. Il y a de la restructuration au niveau de la gouvernance clinique et il y aura une période d'appropriation pour le nouveau cadre matriciel de gouvernance qui est mis en place dans certains secteurs. Les différentes directions sont invitées à poursuivre le développement de stratégies permettant aux équipes de terrain d'être mieux informées des initiatives visant une recherche accrue de performance clinique et administrative. Cependant, il est souhaitable que ces équipes soient aussi soutenues dans leur appropriation des outils de gestion (par exemple, LEAN) pour leur permettre d'établir un continuum entre les orientations stratégiques et les opérations menées afin d'atteindre ces objectifs.

Pour les défis du CISSS des Laurentides, il y a certainement le volet des ressources humaines dans certaines catégories d'emplois qui est partagé avec d'autres acteurs dans différentes régions du Québec. Cependant, il faut aussi noter la possibilité d'innover afin de trouver de nouvelles façons de conceptualiser les soins; à titre d'exemple, on peut citer la télésanté, le décroisement et le rapprochement entre les services de santé physique et les services de santé courants et l'apport non négligeable du travail en réseau incluant le communautaire.

### Commentaire spécifique à la norme Télésanté

Le service de télésanté au CISSS des Laurentides connaît un essor significatif depuis la crise sanitaire de 2020; plus de 60 projets dans différents secteurs sont actifs et le processus de développement se poursuit. L'offre de service est bien définie et est soutenue par une pilote clinique et un pilote technologique. La télésanté est efficacement appliquée au sein de l'établissement et s'avère fort pertinente dans un contexte où la population de la région réside sur un vaste territoire et où l'enjeu de l'accessibilité aux services est plus important que jamais.

Plusieurs procédures encadrent l'offre de service, notamment en ce qui concerne le soutien aux usagers dans l'application de cette technologie. La confidentialité des renseignements est préservée par la mise en place des procédures et des communications régulières auprès des intervenants. L'établissement est toutefois invité à revoir ses processus afin de donner suite rapidement à des demandes ponctuelles d'accès à la télésanté. L'équipe a développé un formulaire de demande de projet sur lequel le demandeur identifie son besoin.

La gestion intégrée des risques en télésanté est soutenue par un cadre de référence, une politique et un processus permettant l'intégration de la gestion des risques de toutes nature aux systèmes de gestion de l'établissement. L'équipe s'est adjoint un usager partenaire qui participe aux rencontres stratégiques et tactiques de la télésanté. Il est très actif et apporte des suggestions d'améliorations au processus.

### Commentaire spécifique au programme-services Services généraux

#### Volet santé

Les services sociaux généraux du volet santé évalués étaient les suivants : service Info-Santé, services de soins primaires (Groupe de médecine de famille/GMF public) et services de santé courants.

Plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées comme étant conformes dans l'ensemble de ces services, plus précisément : identification des usagers, conformité aux pratiques d'hygiène des mains et formation sur l'hygiène des mains. Toutefois, certaines autres POR nécessitent d'être améliorés dans un ou plusieurs services généraux du volet santé, notamment le transfert de l'information aux points de transition des soins, le cheminement des usagers et la prévention du suicide.

Les trajectoires de services généraux du volet santé sont fluides. Les services sont disponibles en temps opportun et dans certains sites les heures d'ouverture sont étendues afin de bien répondre aux besoins des usagers. L'accessibilité des services généraux est assez bonne dans l'ensemble et s'appuie sur des critères de priorisation selon le niveau d'urgence. De bonnes collaborations sont établies avec de nombreux partenaires.

L'approche de soins centrés sur la personne est implantée. Le partenariat avec l'usager et la famille est un acquis au niveau des soins et services; les usagers et les familles sont impliqués dans les soins directs. Cependant, la mise à contribution d'usagers partenaires dans des initiatives liées à l'organisation des services et dans des projets d'amélioration est à ses débuts.

L'intensité de l'approche interdisciplinaire est variable d'un secteur à l'autre des services généraux du volet santé. À titre d'exemple, dans certains GMF, on retrouve des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins. Les intervenants travaillent dans une approche collaborative. La relation entre professionnels et médecins au sein des équipes est bonne. Toutefois, les plans d'intervention ne sont pas élaborés en interdisciplinarité. Il serait avantageux de continuer le développement de plan intégré de soins entre les services de santé physique et d'autres secteurs et les services courants pour permettre une meilleure fluidité de la trajectoire de l'utilisateur.

Dans certains sites aux services courants, il y a des enjeux concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) lors du retraitement des instruments qui se manifestent par la non-disponibilité d'utilités propres et souillées ou par le croisement du matériel propre avec le matériel souillé. La gestion de médicaments est faite conformément aux bonnes pratiques.

### Volet social

Les services sociaux généraux du volet social évalués étaient les suivants : le service Info-Social, les services d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), les services de consultation sociale ou psychologique, l'intervention en situation de crise dans le milieu et les services psychosociaux en contexte de sécurité civile

Plusieurs POR ont été évaluées comme étant conformes dans l'ensemble de ces services, plus précisément : identification des usagers, formation et perfectionnement en hygiène des mains. Toutefois, certains éléments de POR nécessitent d'être améliorés dans un ou plusieurs services généraux du volet social, notamment au sujet de l'évaluation de la communication aux points de transition.

La trajectoire de services généraux du volet social est fluide et de solides liens sont établis avec les partenaires institutionnels et communautaires. L'accessibilité aux services psychosociaux de proximité est très bonne et le transfert de l'information aux points de transition surtout avec les organismes communautaires pourrait être amélioré en ayant des repères stables dans le temps pour permettre une communication efficace en continu. Les intervenants ont recours à des outils et à des approches normalisées, tout en bénéficiant d'un bon soutien et d'une supervision des pratiques professionnelles.

L'approche de soins centrés sur la personne est partiellement implantée. Le partenariat avec l'utilisateur et la famille est un acquis au niveau des soins et services et le pouvoir décisionnel de l'utilisateur est respecté. Les services sociaux généraux sont encouragés à impliquer davantage des usagers partenaires dans des décisions reliées à l'organisation administrative des services.

Les professionnels et gestionnaires rencontrés lors de l'évaluation du volet social des services sociaux généraux témoignent d'une approche collaborative au sein de l'équipe, avec les autres disciplines impliquées, ainsi qu'avec les partenaires associés à l'offre de services. L'élaboration de plan de services intégrés en collaboration avec les partenaires est une pratique à développer.

Bien que la formation sur l'hygiène des mains ait été offerte à l'ensemble du personnel, il importe de systématiser les audits sur la conformité des pratiques d'hygiène des mains et de communiquer cette information aux équipes dans l'ensemble des services sociaux généraux.

## Commentaire spécifique au programme-services Santé physique

Les soins et services figurant dans quatorze chapitres du manuel d'évaluation de santé physique ont été évalués: service d'imagerie et médecine nucléaire, service d'activités spécialisées à domicile, service des urgences, unités d'hospitalisation, services de soins palliatifs et de fin de vie, services d'oncologie, services de soins ambulatoires, cheminement des usagers, services de soins critiques et services de dons d'organes (donneurs décédés), unités d'hospitalisation, service de soins critiques, service de néonatalogie, service de pédiatrie, services interventionnels et périchirurgicaux.

L'établissement a une équipe de direction engagée, motivée et dynamique. Le bien-être et la sécurité de la clientèle sont une préoccupation omniprésente. L'équipe procède actuellement à la mise en place d'une structure afin de mieux gérer la fluidité hospitalière avec un gestionnaire de la fluidité qui doit entrer en poste au cours des prochaines semaines. Ils ont adapté leur service aux besoins de la population et au développement de services plus spécifique. Un des enjeux est l'adaptation aux besoins croissants de la population dans un contexte de ressources de plus en plus limité sur l'ensemble de son territoire et de façon plus importante dans ses installations plus au nord de la région. À titre d'exemple, l'Hôpital de Rivière-Rouge est confronté à une pénurie importante de technologues obligeant la fermeture en mi-soirée et la nuit.

Plusieurs POR ont été évaluées comme étant conformes dans l'ensemble de ces services, plus précisément : identification des usagers, conformité aux pratiques d'hygiène des mains et formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains. Toutefois, certains éléments de POR nécessitent d'être améliorés dans un ou plusieurs services de santé physique, notamment au sujet du bilan comparatif des médicaments, du transfert de l'information aux points de transition, de la prophylaxie, de la thromboembolie veineuse, de la prévention des chutes, de la prévention du suicide et de la prévention de plaies de pression, cheminement des usagers pour prévenir la congestion au service des urgences.

Le programme de santé physique a déployé beaucoup d'efforts pour améliorer l'accessibilité aux services. Les équipes sont proches de leur communauté et sensibles aux impacts sur la clientèle. Il y aurait un potentiel bénéfique à revoir la trajectoire entre les hôpitaux et les services externes incluant le réseau communautaire, mais aussi la trajectoire vers l'hôpital d'un usager en provenance de l'externe devant subir une réhospitalisation, à titre d'exemple en soins palliatifs. L'approche interdisciplinaire a débuté et l'implantation doit se poursuivre dans les différents secteurs d'activité, le modèle prépondérant est celui de l'équipe médico-soins infirmiers.

Les usagers participent activement à leurs soins, leur opinion pourrait être mieux sollicitée en les impliquant dans des comités conseiller ou à titre d'usager partenaire. De plus, l'approche collaborative doit être documentée et son efficacité doit être évaluée pour apporter des améliorations.

Les pratiques relativement à la gestion des médicaments devront être assujetties à une attention particulière surtout sur l'implantation du bilan comparatif du médicament et le circuit du médicament dans certains secteurs, à titre d'exemple la néonatalogie à Saint-Jérôme. Les espaces très exigus et la vétusté de certaines installations provoquent une grande précarité relativement à la prévention et au contrôle des infections et au respect de la confidentialité. Par ailleurs, dans certaines installations, il manque d'espace adéquat pour le retraitement des dispositifs médicaux.

Le CISSS des Laurentides est encouragé à continuer ses efforts d'amélioration continue. Il convient de souligner la résilience des différentes équipes pour faire face à la pandémie et à ses séquelles.

## Commentaires de l'organisme

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

Nous aimerions remercier les visiteurs qui ont visité nos 17 installations durant la semaine du 27 novembre 2022.

Malgré le contexte difficile, nous avons senti un réel engagement de la part de tous et chacun. En effet, pendant les visites, nous n'avons pu que constater à quel point nos équipes et les visiteurs ont su faire preuve d'une grande capacité d'adaptation, de collaboration et de positivisme. Les commentaires partagés étaient pertinents et constructifs et de belle conversation en ont découlé.

Le CISSS des Laurentides, dans un souci d'amélioration constante, s'engage à déployer les efforts nécessaires afin de venir corriger ce qui a été nommé par les visiteurs comme étant des défis.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.65</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.58</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.129</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile 15.1.47</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile 6.1.24</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.29</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.24</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Prévenir la congestion au service des urgences</b> Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.66</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.64</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.136</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.64</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.45</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.39</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.2.1</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b>            Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.36</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.39</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.34</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.100</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.35</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b>            Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.37</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.40</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.35</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b>            Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55</li> <li>· Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.42</li> </ul>
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b>            Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.41</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

## Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	<b>!</b>
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

La région des Laurentides a une augmentation démographique importante. Les centres de services de santé physique de Saint-Jérôme et Saint-Eustache subissent une pression constante qui dépasse leur capacité dans la grande majorité du temps.

La pénurie de ressources crée un déséquilibre entre les installations, suscitant une forte pression à l'Hôpital de Mont-Laurier. Cette forte pression associée à leur propre pénurie de main-d'œuvre engendre des regroupements de services au service des urgences, générant une criticité en matière de qualité et de sécurité dans des lieux inappropriés malgré un effort de réaménagement. Face à cette pénurie, le potentiel de l'Hôpital de Rivière-Rouge se retrouve dans une situation sous-optimale par rapport à la capacité que cet hôpital pourrait développer.

À la lecture de la documentation et lors des rencontres avec le personnel, il est compris que l'évaluation du rendement est réalisée pour les cadres de l'établissement. Cependant, l'évaluation du rendement du personnel dans les secteurs visités est à géométrie variable. Il est compris qu'un calendrier d'évaluation est élaboré, les gestionnaires sont encouragés à s'assurer de réaliser les évaluations du rendement selon le calendrier élaboré. Pour ce qui est de l'accueil et de l'intégration des nouvelles ressources, les programmes sont bien élaborés. L'évaluation postintégration n'est pas toujours réalisée avec des outils et des objectifs.

L'établissement s'est doté d'un bureau d'utilisateur partenaire. Par ailleurs, il serait avantageux d'impliquer rapidement dans les projets de réaménagement, d'agrandissement, de construction, de révision de services, des usagers partenaires ayant une expertise du domaine en développement, permettant ainsi une réponse plus adéquate aux besoins des usagers concernés par le programme.

Il y aurait avantage à développer des plans d'amélioration avec des indicateurs de suivi dans les différents secteurs en santé physique. Lors des rencontres avec les équipes au cours de la visite, il est noté que ce ne sont pas toutes les équipes qui ont défini des plans d'améliorations.

Il serait d'intérêt de réviser plusieurs politiques; les visiteurs ont consulté plusieurs politiques qui datent de plus de sept ans. Compte tenu de l'évolution des processus et des services dans l'établissement, il est nécessaire de réviser régulièrement les politiques et s'assurer qu'elles demeurent contemporaines.

Le travail d'équipe et de collaboration est omniprésent dans tous les secteurs visités. Plusieurs exemples d'entraides entre les services des urgences, et soins intensifs et les services d'imagerie médicale sur le territoire.

Au niveau du cheminement optimal des usagers dans l'établissement, beaucoup d'obstacles ont été notés malgré tous les processus quotidiens. L'efficacité des processus semble sous-optimale dans certains secteurs. Il existe des enjeux majeurs au niveau des transferts interhospitaliers. Beaucoup de démarches et de négociations sont à réaliser pour faire accepter un transfert.

Au niveau des soins palliatifs et de fin de vie, des situations difficiles ont été notées étant donné l'encombrement des lieux et la proximité qui en découle dans des lits non destinés aux soins palliatifs. L'établissement est encouragé à affecter des parties d'unité spécifiquement pour les soins palliatifs et à prévoir des espaces pour les familles lorsque possible.

Pour la prévention de la violence en milieu de travail, plusieurs incidents ont été constatés dans les services des urgences. Le personnel a reçu la formation OMÉGA, mais n'est pas toujours à jour; d'autres stratégies pourraient être utilisées pour actualiser cette compétence.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Services des urgences</b>	
2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.17 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
2.1.18 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
2.1.20 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
2.1.29 Une évaluation de triage est effectuée pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et la famille, à l'intérieur des délais établis et les résultats sont consignés.	!
2.1.31 Après l'évaluation de triage initiale, les usagers qui sont en attente sont informés du membre de l'équipe à avertir si leur état change.	!
2.1.33 Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu.	
2.1.43 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
2.1.55 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.55.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. 2.1.55.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	POR
2.1.58 Un accès prioritaire aux services de diagnostic et aux analyses de laboratoire, de même qu'aux résultats, est disponible en tout temps.	!
2.1.61 Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps.	!

2.1.68	Des protocoles et des politiques sont établis pour le don d'organes et de tissus.	
2.1.69	Une politique est en place sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
2.1.70	Une politique est en place pour le transfert des donneurs d'organes potentiels vers un autre niveau de soins une fois qu'ils ont été identifiés.	
2.1.73	De la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels sont fournis à l'équipe, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.80	Les usagers qui ont une maladie infectieuse ou chez qui l'on soupçonne une maladie infectieuse sont identifiés, isolés et pris en charge.	!
2.1.89	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
2.1.89.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé.	
2.1.89.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
2.1.89.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
2.1.89.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:  utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
2.1.90	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

2.1.94	Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	<b>!</b>
2.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 2 - Services des urgences

Les visiteurs ont rencontré un personnel résilient, engagé, compétent et faisant preuve d'un grand professionnalisme. Les gestionnaires se démarquent par leur dynamisme et leur implication. Ils ont un souci de maintenir un bon climat et d'assurer des soins de qualité. Plusieurs jeunes gestionnaires ont été rencontrés, certains en intérim; ils sont déterminés, présents pour leurs équipes et constamment à la recherche de solutions. La nouvelle structure de gestion décentralisée est bien accueillie et sera favorable au soutien du développement de leurs compétences de gestion. L'établissement est encouragé à stabiliser ces postes le plus rapidement possible.

Il a été possible de constater que l'ensemble des urgences font face à de grands défis sur le plan des aménagements. Cela engendre des difficultés importantes en ce qui concerne le fonctionnement et les risques de compromettre la qualité et la sécurité des soins. L'Hôpital de Saint-Eustache et l'Hôpital de Mont-Laurier présentent un niveau de criticité à haut risque. Bien que certains travaux d'aménagement ou de construction soient prévus, les délais de réalisation nécessiteront la mise en œuvre de solutions innovantes.

Ces défis sont exacerbés par les volumes sans cesse croissants de la clientèle, les pénuries de main-d'œuvre engendrant, par exemple, le transfert d'usagers hospitalisés au service des urgences, la mise en place de corridors pour assurer la dispensation de certains services à la suite de bris de services, les difficultés rencontrées des clientèles nécessitant un niveau de soins plus élevé vers d'autres hôpitaux dont la capacité d'accueil est aussi limitée.

Les défis sont importants et nécessiteront la bonification d'initiatives déjà en place. Il faut noter la réorientation dont le potentiel est limité par le manque de plages horaire, l'ajout d'ordonnances collectives, la présence de professionnels auprès de certaines clientèles vulnérables. La libération des lits occupés par des fins de soins actifs, le développement de systèmes d'information efficaces pour les cliniciens, l'intensification des liens avec la première ligne et un accès plus rapide aux tests de dépistage de la COVID-19 seraient des mesures également porteuses.

Il convient de souligner les nombreux efforts pour améliorer la fluidité des trajectoires et la gestion des lits. L'établissement est encouragé à en évaluer l'efficacité et à réfléchir à de nouveaux moyens novateurs. L'arrivée prochaine d'un directeur de la fluidité se révèle une occasion de faire le point et de repositionner le tout en favorisant une vision d'ensemble et une concertation des intervenants des différents milieux.

Finalement, l'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts d'amélioration de la qualité des soins et services en poursuivant la réalisation de ses plans d'action, en développant une culture de la mesure dans un plan intégré pour l'ensemble de leurs services des urgences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation</b>	
3.1.1 Les services sont conçus conjointement pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, s'il y a lieu.	
3.1.2 Les services sont conçus conjointement pour servir efficacement des populations d'enfants et de jeunes, le cas échéant.	
3.1.20 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 3.1.29.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
3.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 3.1.35.1 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées. 3.1.35.2 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. 3.1.35.3 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 3.1.35.4 L'usager, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	

<p>3.1.36 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>3.1.36.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.</p> <p>3.1.36.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>3.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. <b>NOTA</b> : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>3.1.37.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>3.1.37.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.</p> <p>3.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>3.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.</p>	
<p>3.1.45 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.</p>	
<p>3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.61.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p>	

<p>3.1.61.2</p> <p>3.1.61.4</p> <p>3.1.61.5</p>	<p>Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>3.1.62</p>	<p>L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>3.1.66</p> <p>3.1.66.3</p> <p>3.1.66.4</p> <p>3.1.66.5</p> <p>3.1.66.8</p>	<p>Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p> <p>L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).</p> <p>Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.</p>	

## Commentaires des visiteurs

### Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Les équipes en unité d'hospitalisation sont dynamiques, dédiées et soucieuses de la qualité et de la sécurité des soins et services. Les gestionnaires sont engagés et dynamiques et exercent un leadership positif sur leurs équipes respectives.

Les soins centrés sur l'utilisateur sont prioritaires pour l'établissement. Il a été discuté lors de la rencontre sur l'excellence des services en santé physique que l'utilisateur est actuellement impliqué comme partenaire dans certains projets. Cependant, l'utilisateur n'est pas impliqué dans la planification et la conception des services en santé physique au CISSS des Laurentides. L'établissement est encouragé à standardiser et à uniformiser l'implication des usagers comme partenaire et contributeur à la planification et l'amélioration continue de la qualité partout dans l'organisme. L'utilisateur est un atout important pour identifier les besoins et les moyens les plus efficaces pour rendre des services adaptés aux besoins de la population.

L'éthique est au cœur des préoccupations du CISSS des Laurentides. Un cadre en éthique est en place ainsi qu'un comité d'éthique. L'établissement est encouragé à poursuivre la formation en éthique auprès de ses équipes. Il a aussi été observé et discuté lors de la rencontre sur l'excellence des services en santé physique que les employés ont de la difficulté à identifier des situations éthiques potentielles. Des fiches éthiques (études de cas simulées) pourraient être utilisées pour aider les employés à reconnaître des situations pouvant présenter des enjeux éthiques. Une meilleure connaissance des dilemmes éthiques potentiels serait un atout pour le dépistage de situations futures.

Un « Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) » en Service de santé physique est à mettre en place (discuté lors de la rencontre sur l'excellence des services en santé physique). Il est recommandé d'identifier des cibles d'amélioration (problèmes) distinctes et propres au CISSS des Laurentides, des objectifs mesurables (SMART), des moyens/actions pour atteindre ces objectifs, des personnes responsables, des indicateurs mesurables ainsi que des échéanciers. Dans le cadre du PACQ, il est aussi recommandé de mettre en place un plan opérationnel par direction ou programme permettant d'actualiser le plan d'amélioration continue de la qualité dans les différents programmes clientèles/services. Il est aussi recommandé de concevoir des activités d'amélioration de la qualité avec des mises à l'essai de projets d'amélioration de la qualité pour atteindre les objectifs ciblés. Enfin, dans le cadre du PACQ amélioré et des plans opérationnels, ces outils seront de précieux atouts pour le suivi du PACQ de l'établissement en salle de pilotage stratégique, tactique et opérationnelle.

À l'Hôpital Laurentien, il a été observé et discuté que la présence régulière de 2 conseillères en soins infirmiers (médecine et chirurgie) était un soutien notable à l'amélioration continue de la qualité des soins et services et à la gestion des risques. Pour optimiser leur rôle, il est recommandé que leurs actions soient en harmonie avec le plan opérationnel d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en médecine et chirurgie et que le gestionnaire en place soit impliqué dans l'établissement des priorités du PACQ sur ses unités. Il a été observé et discuté qu'il n'y a pas de plan d'action concerté pour améliorer la qualité des soins et services en médecine et chirurgie.

Une approche collaborative est en place, mais n'est pas nécessairement documentée au dossier de l'utilisateur dans toutes les unités de médecine et chirurgie du CISSS des Laurentides. L'établissement est encouragé à poursuivre la formation de ses équipes sur le plan d'intervention (PI) ou le plan de service individualisé (PSI). La formation sur l'approche collaborative est un atout pour favoriser le travail en collaboration et améliorer le cheminement de l'utilisateur (le bon service, par la bonne personne, au bon moment, etc.). Il est aussi recommandé d'évaluer l'efficacité de la collaboration pour apporter des améliorations. Il a aussi été discuté que le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) n'est pas uniformisé dans les différentes installations et n'est pas toujours documenté au dossier. Il a été observé et discuté que le plan thérapeutique infirmier (PTI) n'est pas toujours complété et que les directives infirmières aux préposés aux bénéficiaires sont souvent absentes ou n'apparaissent pas toujours dans les plans de travail informatisés de ces derniers.

L'information transmise aux points de transition est généralement faite de façon verbale (de vive voix ou par téléphone) ou par l'intermédiaire des notes évolutives au dossier de l'utilisateur partout au CISSS des Laurentides. Il a aussi été observé que le formulaire de transmission de l'information aux points de transition est parfois rempli par téléphone par le receveur. Cette pratique pose un risque d'erreur et le formulaire standardisé de transmission de l'information devrait toujours être rempli par l'émetteur. L'évaluateur a constaté à plusieurs reprises des formulaires transcrits avec des parties rayées, incomplètes ou modifiées. Il est de la responsabilité de l'émetteur de transmettre une information complète, pertinente et à jour au receveur de l'utilisateur. Il pourrait tout de même transmettre un résumé par téléphone en appui au formulaire écrit. L'établissement est encouragé à standardiser l'information qui est transmise aux points de transition pour réduire les risques d'erreurs et augmenter la qualité des soins et services. Enfin, l'efficacité de la communication doit être évaluée et des améliorations doivent être apportées en fonction des résultats de cette analyse.

Le bilan comparatif du médicament (BCM) n'est pas fait partout en unité d'hospitalisation, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) devrait être élaboré et utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Il faut aussi standardiser les formulaires du BCM.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 - Services de soins critiques</b>	
4.1.15 Une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les usagers et les membres de leur famille sont prévues dans un lieu privé.	
<p>4.1.39 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>4.1.39.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>4.1.40 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. <b>NOTA</b> : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>4.1.40.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>4.1.41 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p><b>NOTA</b> : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p> <p>4.1.41.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.</p>	

4.1.41.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	
4.1.41.4	Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.	
4.1.49	Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
4.1.50	Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	
4.1.58	Les interventions nécessaires pour la prévention et le traitement de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PVA) sont mises en oeuvre pour tous les usagers intubés, sous trachéostomie ou sous ventilation mécanique.	!
4.1.59	Les interventions nécessaires sont mises en oeuvre pour tous les usagers qui ont besoin d'un cathéter intravasculaire pour la prévention et le traitement des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux.	!
4.1.60	Des interventions sont mises en oeuvre pour tous les usagers ayant besoin d'un cathéter urinaire, ce qui comprend la prévention et le traitement d'infections des voies urinaires liées aux cathéters.	!
4.1.69	Les données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs (USI) sont accessibles, et il existe un processus pour examiner ces données, de façon à repérer les possibilités de dons manquées et à transmettre l'information de façon appropriée.	!
4.1.73	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
4.1.74	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
4.1.74.2	Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	

4.1.74.4	Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
4.1.74.5	Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:  utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
4.1.75	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1.78	Il existe des politiques et procédures relatives au don d'organes et de tissus.	
4.1.81	Il existe une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
4.1.83	La politique suivie respecte les exigences légales qui s'appliquent lorsque vient le temps de s'adresser aux usagers et aux familles au sujet du don de tissus et d'organes.	
4.1.85	L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement en ce qui concerne le don d'organes et de tissus.	
4.1.86	L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs potentiels d'organes et de tissus, et ce, avec l'apport des familles concernées.	
4.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
4.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
4.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	

4.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
4.3.18	Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.	!

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 4 - Services de soins critiques

Les membres du personnel des unités de soins intensifs rencontrés sont fiers du travail d'équipe et du climat de collaboration entre eux. Leur approche est respectueuse envers les usagers et les membres de leur famille. Ces derniers sont invités à participer ou assister aux soins quoique certaines variations sont observées à l'Hôpital de Saint-Jérôme entre les membres du personnel. Il y aurait intérêt à favoriser la présence d'un proche lors d'une réanimation lorsque les lieux physiques le permettent.

À l'encontre de celle de l'Hôpital Laurentien, l'unité de Saint-Jérôme peut compter sur une équipe interdisciplinaire complète. Les discussions entre professionnels se font sur une base plutôt individuelle selon les besoins. L'équipe est encouragée à planifier des rencontres interdisciplinaires d'équipe structurées, ce qui faciliterait la réalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire favorisant ainsi le partage de l'information, la participation des proches et la continuité des soins et services.

L'augmentation démographique de la région engendre une pression de la clientèle. Bien que des efforts soient faits pour assurer une fluidité des admissions et départs, l'accès aux lits peut s'avérer difficile et engendrer une prolongation de la durée de séjour d'un usager qui ne nécessite plus de ce niveau de soins. Il est souvent très laborieux de transférer un usager d'une unité de soins intensifs plus éloignée vers un centre de niveau plus élevé, que ce soit à l'intérieur du CISSS ou vers un autre établissement de soins tertiaires. Les démarches et la négociation s'avèrent très difficiles et prennent de nombreuses heures, ce qui pourrait porter préjudice à l'usager. L'établissement est invité à revoir le processus de transfert intersites et définir un mécanisme de résolution de problème lorsque les démarches s'avèrent infructueuses.

Il faut souligner les efforts des médecins de ces unités afin de répondre aux besoins des usagers dont leur état nécessite un transfert vers l'unité de soins intensifs lorsqu'aucun lit n'est disponible. Ils n'hésitent pas à prendre en charge ou assister le médecin traitant en attendant le transfert dans l'unité. Cela permet à l'Hôpital de Saint-Jérôme d'éviter une annulation de chirurgie par manque de lits.

L'équipe a mentionné certaines lacunes ou certains obstacles à l'efficacité de leur travail comme le faible développement d'outils cliniques soutenus par les technologies de l'information et la non-convivialité des outils existants rendant par exemple l'accès laborieux aux résultats d'imagerie médicale. Des délais d'obtention de résultats de laboratoire sont également mentionnés et seraient reliés à de nombreux entretiens des équipements de laboratoire dont les motifs seraient à évaluer.

Finalement, les membres de ces équipes sont encouragés à poursuivre les efforts d'utilisation des outils cliniques et des processus qui sont disponibles, mais peu ou pas connus. Cela favoriserait la standardisation des pratiques et permettrait d'atteindre les normes des pratiques organisationnelles requises dont le taux d'atteinte est plutôt faible. Une culture de mesure avec analyse des écarts favoriserait également la concertation entre les membres de l'équipe dans les efforts d'amélioration continue soutenue par des objectifs clairs, mesurables et suivis dans le temps.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 - Services de néonatalogie</b>	
5.1.12 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.	
5.1.23 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
5.1.24 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
5.1.34 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1.34.1 Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.</li> <li>5.1.34.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</li> </ul>	
5.1.35 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> 5.1.35.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
5.1.47 Le degré de sédation de l'usager est évalué et géré de façon régulière.	!
5.1.65 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

5.1.65.5 Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

5.1.66 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

#### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Le service de néonatalogie de l'Hôpital de Saint-Jérôme offre des soins de niveau 2B pour une capacité de huit lits en salle semi-ouverte et deux chambres à pression négative aménagées temporairement pour répondre à la COVID-19 dans une section annexe de l'unité.

L'équipe de soins infirmiers assure une offre de service étendue en néonatalogie, unités de naissances, unités des mères et, si requis, se déplacent au bloc opératoire pour les césariennes

La culture de qualité est bien établie pour l'ensemble de l'équipe médico-soins infirmiers. L'ensemble de l'équipe s'inscrit dans une programmation de qualité avec AMPRO OB.

L'engagement des ressources est présent par la synergie de l'équipe médico-soins infirmiers dans une approche de soins centrée sur la famille.

Suivant les données obtenues, une tendance à la hausse du taux d'occupation est constatée.

Les équipes médicales et en soins infirmiers sont fragilisées par un manque de ressources. Pour les soins infirmiers, le maintien et l'ajout de cliniciennes en soutien à l'équipe sont l'une des conditions de succès de la rétention.

La démarche d'harmonisation des pratiques est bien engagée. Les équipes sont encouragées à poursuivre la mesure de la qualité et de la performance du service et à partager les résultats avec les équipes sur les stations visuelles.

Le visiteur constate plusieurs non-conformités dues principalement à l'exiguïté de l'environnement.

La pharmacie est près de la porte d'entrée dans un espace ouvert et non sécurisé. La gestion des médicaments est livrée individuellement par la pharmacie avec présence d'un commun dans une armoire non barrée. Il est recommandé d'ajouter un chariot de médicaments sécurisé géré par le département de pharmacie. La préparation des médicaments incluant les doses intraveineuses est faite par les infirmières sur un très petit comptoir à proximité du lavabo. Sous le comptoir, on retrouve un petit réfrigérateur de bar contenant le lait maternel et les préparations de lait. La préparation du lait est faite à proximité d'un lavabo, ce qui n'est pas recommandé dans les normes actuelles de sécurité pour les risques de contamination. Les narcotiques sont conservés dans une armoire barrée au poste des infirmières.

Il est recommandé de revoir le circuit du médicament et de créer des heures de pharmacien pour ce service.

En circulant dans la salle principale, le visiteur observe qu'il est impossible de respecter la confidentialité et l'intimité pour la famille présente. L'exiguïté de l'unité est une source potentielle d'accidents et de chutes. De plus, aucun cubicule ne comporte de lavabo. Le seul lavabo disponible est situé près des nouveau-nés dans le corridor de circulation. La seule toilette fermée se trouve dans la salle au fonds de l'unité. Cette situation complique le travail du service de salubrité lors de l'entretien régulier.

L'équipe est invitée à consulter les parents et le comité des usagers dans la révision des documents destinés aux familles.

Il est recommandé de revoir le circuit du matériel propre et celui du matériel souillé.

Il est recommandé à l'équipe de poursuivre l'utilisation de la station visuelle pour communiquer et échanger avec les employés sur les résultats qualité, la gestion des risques et les objectifs du service.

Concernant le dossier usager, les équipes de soins sont invitées à innover dans une approche de cheminement clinique en intégrant les formulaires actuels dans une trajectoire clinique intégrée et évolutive (par exemple, plan interdisciplinaire des 24 heures). Cette démarche doit être initiée dans la perspective de l'implantation du dossier clinique informatisé.

Il est recommandé de prioriser le projet de modernisation de la néonatalogie considérant les enjeux de sécurité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 - Services de pédiatrie</b>	
6.1.24 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
6.1.25 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
6.1.30 Une évaluation des besoins de l'utilisateur en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
6.1.39 Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée si cela est indiqué du point de vue clinique.	
<p>6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.58.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>- demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	
6.1.59 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

6.1.64	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.		
6.1.64.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
6.1.64.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
6.2.3	Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	
6.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
6.2.10	De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.	
6.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
6.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
6.3.8	Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
6.3.9	Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.	
6.3.10	Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

**Commentaires des visiteurs****Chapitre 6 - Services de pédiatrie**

Les deux unités d'hospitalisation du CISSS des Laurentides ont été visitées. Durant cette période, les visiteurs ont noté une augmentation importante des volumes d'activités dans les deux hôpitaux attribuables principalement aux problèmes d'infection respiratoire. Cette situation a nécessité une réorganisation des services et généré une demande additionnelle de la disponibilité des infirmières. Dans un tel contexte, la gestion des heures supplémentaires est un enjeu majeur et non souhaitable pour maintenir l'offre de service.

Il faut reconnaître la très grande résilience des infirmières et leur volonté de maintenir un service de qualité, alors que les équipes sont déjà fragilisées par les postes vacants ou sans remplacement, tout spécifiquement sur le site de Saint-Jérôme.

Par ailleurs, il a été précisé aux visiteurs que le niveau de soins actuel s'est nettement complexifié et que le nombre de transferts d'enfant nécessitant des soins complexes vers les centres tertiaires est en nette progression. De plus, sur le site de Saint-Jérôme, l'unité de pédiatrie accueille de la clientèle pédopsychiatrique.

Il est recommandé à l'établissement d'offrir des soins hospitaliers de pédopsychiatrie dans une unité dédiée avec une équipe ayant développé des compétences spécifiques dans le domaine de la santé mentale.

Il y a plus de deux ans, l'établissement a décidé d'offrir le programme AMPRO-Ex comme stratégie de développement des compétences des deux équipes de pédiatrie. Il convient de féliciter l'établissement pour cette initiative. Dans ce cadre, il devient urgent de consolider les plans de main-d'œuvre des infirmières afin d'assurer la constance des acquis de l'équipe. De plus, l'ajout de conseillères en soins est nécessaire pour soutenir les équipes et contribuer ainsi à la rétention des infirmières. Il est recommandé d'ajouter des heures professionnelles en inhalothérapie, nutrition clinique et pharmacie dans les deux unités d'hospitalisation du CISSS.

Il faut souligner l'excellent travail des équipes afin d'harmoniser les politiques et procédures cliniques pour l'ensemble du CISSS.

La consolidation des consultations externes ambulatoires sur le territoire du CISSS est une avenue à explorer pour soutenir la trajectoire pédiatrique.

Le soutien apporté aux gestionnaires par l'équipe de direction permettra de consolider la mise en place des programmes qualité et sécurité, soutenir la démarche d'appréciation du développement des compétences des ressources et pérenniser les outils de communication (station visuelle, journal électronique) avec les équipes. Bien que la démarche de partenariat avec les familles soit amorcée, les équipes sont encouragées à poursuivre en ce sens. La contribution des familles, dans l'identification des stratégies de communication pour rendre disponible dès l'admission l'information sur leurs droits et responsabilités, les règles de sécurité et la contribution des familles dans les soins de leur enfant, serait un atout dans la démarche.

Le visiteur a constaté que certains réfrigérateurs de médicaments ne comportent pas de thermomètres. De plus, la gestion des entrepôts de fournitures médicales doit être harmonisée en collaboration avec le service des approvisionnements. Il est recommandé d'identifier une zone propre de conservation et préparation du lait.

Concernant le dossier usager, les équipes de soins sont invitées à innover dans une approche de cheminement clinique en intégrant les formulaires actuels dans une trajectoire clinique intégrée et évolutive (par exemple, plan interdisciplinaire des 24 heures). Cette démarche doit être initiée dans la perspective de l'implantation du dossier clinique informatisé.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 7 - Services d'oncologie</b>	
7.1.75 Un processus permet de veiller à ce que chaque usager puisse cheminer efficacement d'un service à un autre.	
7.1.84 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
7.1.85 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
7.1.86 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
7.1.92 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'usager et la famille.	!
7.1.94 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'usager sont déterminés en partenariat avec l'usager et la famille.	
7.1.97 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
7.1.100 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 7.1.100.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
7.1.105 Le plan de traitement comprend des stratégies pour soulager la douleur.	
7.1.107 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
7.1.108 L'état de santé psychosociale de chaque usager est surveillé tout au long de la prestation de soins.	
7.1.113 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	

7.1.116	Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.	
7.1.117	Les besoins bucco-dentaires de chaque usager sont satisfaits, s'il y a lieu.	
7.1.128	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
7.1.129	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
7.1.129.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
7.1.129.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
7.1.129.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
7.1.130	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
7.1.131	Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	
7.1.133	Les résultats déclarés par les usagers sont recueillis et examinés dans le cadre de projets d'amélioration de la qualité des programmes de traitement du cancer.	

<p>7.1.136 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p> <p>7.1.136.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.</p>	
<p>7.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.</p>	
<p>7.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.</p>	
<p><b>Commentaires des visiteurs</b></p>	
<p><b>Chapitre 7 - Services d'oncologie</b></p>	

Le CISSS des Laurentides offre des services en cancérologie dans plusieurs secteurs de la région. Dans le cadre de la démarche d'agrément, l'équipe visiteuse a réalisé la visite des secteurs de Saint-Jérôme et de Saint-Eustache. Au moment de la visite de l'équipe d'Agrément Canada, la durée moyenne d'attente pour une chirurgie oncologique pour l'ensemble de la région des Laurentides était de 29 jours, la norme provinciale étant de moins de 28 jours. Au 5 novembre 2022, 186 usagers étaient en attente d'une chirurgie. De ce nombre, 69 pour cent attendaient depuis moins de 28 jours, 24 pour cent entre 29 et 56 jours et 7 pour cent depuis plus de 57 jours. La radiothérapie pour la région des Laurentides se fait habituellement au Centre de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval. L'équipe en oncologie est composée de médecins spécialistes, d'infirmières, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes et d'intervenants en soins spirituels.

L'accès aux services en oncologie est efficace et conforme aux normes reconnues, à partir du moment où un diagnostic de cancer est posé. Les services sont bien planifiés et concernent l'ensemble de la trajectoire. La participation des usagers et de leurs proches est encouragée, mais un effort reste à faire afin de rehausser leur contribution, notamment à l'égard de leur apport dans des projets d'amélioration. Ces derniers doivent être précis, mesurables, pertinents et temporels. La sécurité relative aux activités cliniques à haut risque comme la double vérification indépendante, le calcul des dosages et la double identification est digne de mention.

Par ailleurs, l'équipe en oncologie de Saint-Jérôme confirme qu'il n'y a pas de processus qui permet de veiller à ce que chaque usager puisse cheminer efficacement d'un service à un autre. Les infirmières pivots de ce site ont exprimé qu'elles ne communiquent plus systématiquement avec les nouveaux usagers pour réaliser une évaluation complète, incluant le bien-être biopsychosocial et la santé bucco-dentaire. La détermination d'objectifs et de résultats attendus des soins et services fournis aux usagers n'est pas effectuée. Ceux-ci devraient être discutés et intégrés dans des plans d'interventions interdisciplinaires. L'équipe est invitée à reprendre cette bonne pratique délaissée, selon elle, il y a quelques années.

La pratique de travailler en mode collaboratif et d'élaborer des plans d'interventions interdisciplinaires est aussi absente en oncologie dans tous les sites visités, incluant l'élaboration des plans de transition à la fin des services. L'équipe est invitée à mettre en place ces pratiques.

Les usagers en oncologie doivent transiter par la salle d'urgence afin d'être admis sur les unités, et ce, même si l'usager est connu, est suivi par un médecin qui demande l'admission et que celle-ci est planifiée. Cette pratique pourrait être plus efficiente dans un contexte de services d'urgences congestionnés, dont la mission est plutôt de traiter les cas urgents et critiques. Par conséquent, la clientèle en état d'immunodépression concernée doit composer avec une expérience anxiogène et inutile. L'établissement est invité à revoir cette pratique afin de faciliter le cheminement des usagers qui vivent une période difficile. Les formulaires de consentement aux soins généraux et aux traitements pour le cancer devront aussi faire l'objet d'une attention particulière, la révision des dossiers démontrant une lacune à cet égard dans tous les sites.

La clarté du rôle et le champ de compétences de chaque membre de l'équipe sont bien définis, consignés par écrit et connus des pairs. Les activités de formation sont disponibles et actualisées, notamment à l'égard des nouvelles thérapies et données probantes en matière d'oncologie, des pompes à perfusion, des situations d'urgence et des éléments relatifs à la sécurité dans le milieu de travail. Le processus d'évaluation de rendement devra être mis en place et des objectifs d'amélioration devront être signifiés lorsque requis.

Une stratégie de prévention des chutes en oncologie a été mise en œuvre et la pratique de la transmission de l'information aux points de transition a été travaillée au cours de la dernière année. L'équipe est toutefois invitée à évaluer l'efficacité de ces deux stratégies pour pouvoir y apporter des améliorations spécifiques à la réalité du service.

Finalement, il faut souligner l'engagement des intervenants et de l'équipe de gestion qui gravitent dans les services d'oncologie. Les derniers mois ont servi notamment à améliorer les pratiques et les résultats se font sentir. L'établissement est encouragé à miser sur le potentiel de cette énergie positive qui se dégage actuellement, en poursuivant la quête de l'excellence qui renforcera l'approche contemporaine et sécuritaire des services en oncologie du CISSS des Laurentides.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie</b>	
8.1.19 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
8.1.20 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.1.24 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
8.1.35 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 8.1.35.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
8.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
8.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.47 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
8.1.52 Le lieu où un service est offert favorise le bien-être de l'usager et de sa famille.	
8.1.58 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

8.1.59.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
8.1.60	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
8.1.64	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.  REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.	
8.1.64.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
8.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
8.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
8.3.10	Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

### Commentaires des visiteurs

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

Le programme de soins palliatifs et de fin de vie du CISSS des Laurentides comprend les modalités d'accès, l'offre de service favorisant les décès à domicile et les soins de fin de vie incluant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

À Saint-Jérôme, quatre lits sont dédiés aux soins palliatifs, à même l'unité des personnes ayant subi des accidents vasculaires cérébrales et des cas aigus en oncologie. Environ 15 à 20 usagers sont hospitalisés en fin de vie dans cette unité. Il en est de même à l'Hôpital de Saint-Eustache, où une dizaine d'usagers en fin de vie reçoivent leurs soins avec la clientèle de médecine active. L'environnement physique de ces deux unités est par conséquent très actif, bruyant et représente beaucoup de circulation. Ces éléments ne sont pas nécessairement en cohérence avec la recherche de calme et de sérénité normalement retrouvés en soins palliatifs. L'établissement est invité à revoir la réponse aux besoins en soins palliatifs en matière de capacité et d'environnement, afin que les services soient offerts dans un environnement calme, serein, en temps opportun et adapté aux soins de fin de vie.

Les équipes de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et de Saint-Eustache démontrent un souci constant de créer une relation ouverte, transparente et respectueuse avec l'utilisateur et sa famille. Tous les membres de l'équipe sont attentifs aux changements physiques et psychologiques de la clientèle. Au besoin, les mesures sont prises rapidement afin de rétablir la situation ou soulager la douleur. À tout moment, les membres de la famille peuvent être présents et collaborer aux soins et services s'ils le désirent. Un intervenant est à la disposition de la clientèle et des familles pour répondre aux besoins spirituels. Le soutien psychosocial est digne de mention.

Lors de la visite de ces sites, l'équipe visiteuse a constaté la conformité de plusieurs pratiques organisationnelles requises, sauf pour l'évaluation de l'efficacité de la transmission de l'information et celle de la prévention des chutes, qui ne sont pas réalisées. L'établissement est encouragé à procéder à cette dernière étape. De plus, l'équipe visiteuse a constaté que le cheminement des usagers pour ce programme pourrait être grandement amélioré. En effet, les usagers en soins palliatifs doivent transiter par la salle d'urgence afin d'être admis sur les unités, et ce, même si l'utilisateur est connu et suivi par un médecin qui demande l'admission et que celle-ci est planifiée. La clientèle doit alors composer avec une expérience anxiogène et inutile, dans une perspective de fin de vie. L'établissement est invité à revoir cette pratique afin de faciliter le cheminement des usagers qui vivent une période difficile.

Les processus concernant le circuit du médicament sont bien respectés, notamment la double vérification indépendante lors de l'administration de médicaments de niveau d'alerte élevé et la surveillance des effets provoqués par la médication. Par ailleurs, l'établissement est invité à encadrer la pratique de l'auto-administration des médicaments et reprendre le processus de consentement aux soins et services et celui de l'évaluation de rendement des employés.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux</b>	
9.1.8 Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!
9.1.94 Des antibiotiques prophylactiques sont administrés par des membres qualifiés de l'équipe dans le délai approprié.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux</b>	

Depuis la dernière visite d'agrément, plusieurs initiatives ont été entreprises pour adapter les façons de faire dans le CISSS des Laurentides, notamment le projet de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), le téléphone à tous les usagers après la chirurgie d'un jour dans certains centres, la plage horaire élargie en chirurgie d'un jour à l'Hôpital Laurentien, le retrait des blocs opératoires du poste d'infirmière première assistante (IPAC) en chirurgie ophtalmologique a été retiré des blocs opératoires. Il y a eu aussi des travaux d'amélioration et certaines rénovations des blocs opératoires.

Ce qui est encore plus remarquable ce sont tous les efforts afin que l'ensemble des services chirurgicaux du CISSS partagent les mêmes indicateurs, les mêmes données, etc. Le comité régional de chirurgie devient le moteur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Une perle à noter : chaque semaine, il y a un élément digne de mention qui est retenu. Bravo à la direction, bravo à toute l'équipe.

Au niveau des services périchirurgicaux, les équipes sont véritablement centrées sur les besoins de l'utilisateur et la prise en compte de ses attentes. On parle ici d'un véritable partenariat avec l'utilisateur. Une approche humaine, respectueuse et démontrant que l'écoute a pu être observée.

Il existe déjà des comités où les usagers partenaires sont présents. Dans un processus d'amélioration, la direction pourrait bonifier son approche en ajoutant des groupes consultatifs, des sondages ou des groupes de discussion structurés.

L'augmentation des volumes d'activités et la complexité des cas, associés au vieillissement de la population, entraînent une pression importante sur les activités et les ressources, notamment au niveau des sites où les volumes d'activités sont les plus importants. Il y avait peu ou pas de liste d'attente avant la COVID-19, mais actuellement les listes d'attente s'allongent, notamment à l'Hôpital de Saint-Jérôme.

L'évaluation préopératoire est bien structurée dans tous les sites et contribue efficacement à la coordination des soins et des services préopératoires. Par ailleurs, elle soutient l'utilisateur dans toutes les étapes du processus.

L'évaluation préopératoire comprend une discussion avec l'utilisateur concernant les choix qui s'offriront à lui et ses préférences. Il est important de s'assurer que l'enseignement complet est donné à l'utilisateur et à sa famille et les coordonnées leur sont rendues disponibles pour requérir de l'information supplémentaire s'il y a lieu. Certains dépliants informatifs pour les usagers devraient être mis à jour.

Aux blocs opératoires, les équipes travaillent de façon cohésive et sont centrées sur la sécurité des soins aux usagers.

La gestion et l'administration sécuritaire des médicaments aux services chirurgicaux sont une préoccupation constante de l'ensemble des équipes. Toutes les politiques et procédures sont en place pour en assurer l'encadrement.

Concernant la prophylaxie de la thromboembolie veineuse, il y a une ligne directrice écrite, mais celle-ci date de 2013. L'établissement est encouragé à la revoir et à faire une mise à jour si nécessaire. Il y a également une ordonnance médicale individuelle, sur laquelle est inscrit « thromboprophylaxie », que le médecin peut signer ou non. Un audit a été fait à savoir si l'ordonnance a été complétée ou non, sans vérifier s'il y avait indication ou non.

La généralisation de leur application est bien soutenue et les objectifs d'amélioration sont bien connus.

Dans les sites, les médicaments sont entreposés de façon sécuritaire et les narcotiques sont conservés sous clé. Un registre est complété. Des chariots sécurisés sont en place dans les sites avec traçabilité automatisée des utilisateurs.

Les antibiotiques prophylactiques préopératoires sont administrés par l'anesthésiste peu de temps avant la chirurgie. L'établissement devrait se doter d'un mécanisme pour s'assurer que le délai d'administration est respecté.

Avoir un pharmacien aux services chirurgicaux serait probablement un avantage pour l'équipe. Actuellement, en son absence, l'équipe s'assure de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament, et ce, en tout temps.

### Particularités Hôpital Laurentien

#### Forces

- Plage horaire élargie en chirurgie d'un jour
- Peu de temps d'attente

#### Défis

- Hygiène et salubrité au bloc opératoire
- Antibio prophylaxie pas toujours effectuée dans les délais
- Éléments de la liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire complétée à l'avance
- Aucune récupération (protégeons la planète).

### Particularités Hôpital Saint-Jérôme

#### Forces

- Récupération (protège la planète).
- Capacité de fournir des services et soins de haute qualité dans un milieu vétuste (c'est à la fois une force et un défi)

#### Défis

- Bonne maîtrise de la langue des usagers par le personnel, notamment du français
- Croisement du matériel souillé et du matériel propre;
- Première étape de la liste de contrôle de chirurgie sécuritaire réalisée en dehors de la salle d'opération
- Importance de s'assurer que le bon usager est admis dans la bonne salle d'opération
- Connaissance par le personnel de la grille de critères de congé de la chirurgie d'un jour : la connaître et y avoir accès facilement.

### Particularités Hôpital de Saint-Eustache

#### Forces

- Bloc opératoire le plus moderne
- Aucun croisement du matériel souillé et du matériel propre.

#### Défis

- Liste d'attente
- Gestion des lits,
- Orientation du nouveau personnel (peut prendre six mois)
- Encombrement.

Nota bene : les forces et défis d'un des sites s'appliquent souvent aux autres sites.

### Ensemble des services chirurgicaux

#### Forces

- Harmonisation réussie au sein du CISSS
- Leadership moderne, adapté et participatif
- Comité régional de chirurgie
- Collaboration médecins, infirmières et autres professionnels
- Synergie des équipes

#### Défis

- Maintenir l'intérêt, la mobilisation et la participation du personnel dans le contexte actuel difficile de nos soins de santé.
- Réduire l'encombrement.
- Veiller à une main-d'œuvre compétente et en bonne santé.
- Fédérer les équipes autour des valeurs du CISSS : respect, collaboration, engagement, intégrité et bienveillance.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires</b>	
10.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
10.1.19 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
10.1.20 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
10.1.24 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 10.1.24.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins. 10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique. 10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 10.1.29.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	

10.1.29.4	Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	
10.1.29.5	Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.	
10.1.30	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	
10.1.41	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
10.1.42	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	

10.1.43	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
10.1.45	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
10.1.45.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
10.1.45.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
10.1.45.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
10.2.3	Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	
10.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>		
<b>Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires</b>		

Une équipe de gestion motivée et soucieuse de la qualité et de la sécurité des soins et services aux usagers est en place. L'équipe est soucieuse d'offrir des services personnalisés et adaptés aux besoins des usagers. Des efforts constants sont mis en œuvre pour maximiser la disponibilité et l'efficacité des services.

On ne recueille pas toujours des données sur le cheminement des usagers pour cerner des variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun. L'approche n'est pas toujours documentée formellement. Cependant, l'établissement est encouragé à identifier et à documenter des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers et aussi à documenter comment ces données sont utilisées pour apporter des améliorations.

L'information transmise aux points de transition est généralement faite de façon verbale (de vive voix ou par téléphone) ou par l'intermédiaire des notes évolutives au dossier de l'utilisateur. Il a aussi été observé que le formulaire de transmission de l'information aux points de transition est parfois rempli par téléphone par le receveur, cette pratique pose un risque d'erreur; le formulaire devrait toujours être rempli par l'émetteur. L'évaluateur a constaté à plusieurs reprises des formulaires transcrits avec des parties rayées, incomplètes ou modifiées. Il est de la responsabilité de l'émetteur de transmettre une information complète, pertinente et à jour au receveur de l'utilisateur. Il pourrait tout de même transmettre un résumé par téléphone en appui au formulaire écrit. L'établissement est encouragé à standardiser l'information qui est transmise aux points de transition pour réduire les risques d'erreurs et augmenter la qualité des soins et services. Enfin, l'efficacité de la communication doit être évaluée et des améliorations doivent être apportées en fonction des résultats de cette analyse.

Le bilan comparatif du médicament (BCM) doit être actualisé aux endroits appropriés lorsque requis, par exemple à la clinique de médecine de jour des services ambulatoires de l'Hôpital Laurentien. Le BCM doit comprendre le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilisation conjointe du dossier santé Québec (DSQ) et du profil pharmaceutique de la pharmacie communautaire.

Il a aussi été observé et discuté que la double identification de l'utilisateur est un élément de sécurité important en soins ambulatoires. La double vérification faite à l'accueil du service ambulatoire ou par l'infirmière (ou l'infirmière auxiliaire) de la clinique visée ne dispense pas le médecin spécialiste de la clinique externe impliquée de faire lui-même sa double vérification.

Il est recommandé de porter une attention particulière aux possibilités offertes par les services de soins ambulatoires et de collaborer avec le service d'urgence pour créer des corridors de services en médecine de jour et en clinique spécialisée d'orthopédie par exemple. Les corridors de service permettant de diriger directement un usager du triage de l'urgence vers ces services ambulatoires contribuent à un cheminement des usagers plus efficace.

L'espace de certains services ambulatoires mérite aussi une attention particulière aux endroits où elle ne permet pas une certaine intimité et surtout de la confidentialité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire</b>	
11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.	!
11.1.23 Le secteur de services aux usagers comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	
11.1.25 La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit doté de l'équipement et du personnel appropriés qui permet aux usagers de récupérer après l'examen.	!
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.44 L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter et régler les problèmes.	!
11.1.45 L'équipe conserve les registres d'entretien préventif pendant au moins deux ans.	!

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les services d'imagerie médicale des centres hospitaliers (CH) de Saint-Jérôme et de Saint-Eustache comportent l'ensemble des modalités que l'on retrouve dans un centre hospitalier général et spécialisé. Au CH de Saint-Jérôme, il y a de plus l'angioradiologie d'intervention ainsi que la médecine nucléaire. Il n'y a pas pour l'instant de service de médecine nucléaire à Saint-Eustache. Cependant, des travaux de construction permettant la mise en place d'un service de médecine nucléaire dans les prochaines années sont en cours. Dans ces deux centres hospitaliers, l'offre de service est de 24 h/24, et ce, 7 jours par semaine, sauf pour la résonance magnétique où le service de nuit est sur appel.

Les services d'imageries médicales de ces centres hospitaliers sont très sollicités et dans certains secteurs accusent des listes d'attentes importantes. L'équipe a mis en place des ententes selon l'article 108 de la loi des services de santé et de services sociaux, afin que des examens puissent être réalisés dans des cliniques privées entre autres pour les résonances magnétiques, mais aussi pour les échographies, les scopies et mammographies.

Les visiteurs ont pris connaissance des manuels de procédures dans chacune des salles d'examens visités. Par ailleurs, il leur est impossible de confirmer que les procédures sont revues chaque année, car plusieurs procédures ne sont pas datées (sauf à l'Hôpital de Rivière-Rouge où les protocoles sont datés). L'équipe est encouragée à ajouter en bas de page la date de révision des procédures techniques.

Dans les discussions engagées avec les chefs de service des services d'imagerie de Saint-Jérôme, de Saint-Eustache et de Rivière-Rouge, il est compris que le registre des entretiens préventifs est détenu par le service de génie biomédical. Cependant, les chefs de service n'ont pas accès à ce registre leur permettant d'assurer que l'entretien préventif a été réalisé et de documenter les ajustements qui ont été mis en place. Ils n'ont pas non plus de registre des temps d'arrêt que ces entretiens ou réparations ont occasionnés. Les chefs de service sont encouragés à faire une démarche auprès du service de génie biomédical afin qu'ils puissent avoir accès à ces registres.

Lors de la visite du service de radiologie de l'Hôpital de Saint-Jérôme et de Rivière-Rouge, il a été observé qu'il n'y avait pas d'affichage dans les salles d'attente et dans les salles d'examens pour rappeler aux femmes enceintes d'identifier leur état afin d'éviter des expositions à des radiations. Il semble que des travaux récents de peinture des murs des corridors à l'Hôpital de Saint-Jérôme ont fait que les affiches n'ont pas été remplacées. L'équipe est encouragée à s'assurer de replacer ces affiches de rappel aux femmes enceintes.

Le service d'imagerie à l'Hôpital de Rivière-Rouge utilise trois types d'équipement, soit un appareil de graphie, un appareil d'échographie et un appareil de tomodensitométrie. La pénurie de technologues dans ce service a obligé la réduction des heures d'ouverture en soirée et la nuit ainsi que les fins de semaine. Récemment, une révision des heures de travail avec un horaire de 12 heures et l'arrivée d'un employé retraité, qui offre une journée de travail par semaine, ont permis une couverture 6 jours sur 7, de 8 h à 20 h, et une journée par semaine, le mercredi de 8 h à 16 h. Des plages horaires sont disponibles pour l'urgence afin de planifier des rendez-vous pour la clientèle qui peut revenir le lendemain subir leur examen d'imagerie selon les heures d'ouverture du service; pour toutes urgences en dehors des heures de couverture du service, des corridors de services sont disponibles avec d'autres services de la région et nécessite un transport vers un autre établissement. Le service est dans une situation précaire et la gestionnaire est en processus de recrutement afin de pourvoir les postes libres de titulaire, mais la situation demeure préoccupante. La gestionnaire est encouragée à poursuivre ses démarches de recrutement.

Il y a un projet de remplacement de l'appareil de graphie qui va permettre la restructuration physique du service du même côté du corridor. Les travaux permettront l'aménagement d'un local réservé au matériel souillé pour la désinfection des sondes endovaginales ainsi que l'installation du stérilisateur à UV dans la salle avec une armoire ventilée pour l'entreposage des sondes endovaginales. Actuellement, ces sondes sont nettoyées sur un autre étage dans un local réservé au matériel souillé avant la stérilisation à l'unité de retraitement des équipements médicaux.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)</b>	
13.1.2 Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.	
13.1.20 Le respect des procédures d'opérations normalisées (PON) par les membres de l'équipe responsable des dons fait l'objet d'une vérification régulière par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
13.1.21 L'efficacité des procédures d'opérations normalisées (PON) est examinée et évaluée annuellement. Selon les résultats, les PON, les activités de formation et les processus de surveillance, sont modifiées au besoin.	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

La nomination d'un coordonnateur médical dans les derniers mois démontre une réelle volonté d'augmenter significativement l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel afin d'atteindre la cible de 100 pour cent en 2-3 ans.

Une nouvelle structure se déploie progressivement avec des comités locaux et un comité régional; le soutien de la haute direction est senti. La motivation des acteurs locaux et les efforts de concertation sont des pas importants pour l'atteinte des objectifs. L'accès à des données plus détaillées et de façon périodique semble être un défi et devra être examiné. Il est fortement souhaité que Transplant Québec identifie une personne qui serait affectée au soutien de l'équipe dans la réalisation de divers travaux et projets, dont celui d'aménager un espace pour faire les prélèvements de tissus dans l'installation, ce qui éviterait le transfert des corps. L'élaboration des politiques et procédures a été initié et reste à compléter. L'équipe est encouragée à formaliser ses processus dans un cycle d'amélioration continue (audits, analyses des données, plan d'action).

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile</b>	
<p>15.1.47 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>15.1.47.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Le service spécialisé du Programme d'Assistance de Ventilatoire à Domicile offre un service pour une clientèle lourdement affectée par sa condition pulmonaire et son état général. L'augmentation de la demande de services est constante depuis quelques années et les demandes actuelles confirment cette tendance.

Il convient de souligner la qualité des compétences de la petite équipe d'inhalothérapeutes. De plus, l'équipe assure un service de garde 24/7.

Le système mis en place par l'équipe pour assurer l'accessibilité de l'information clinique permet d'avoir des données cliniques à jour du plan thérapeutique de l'utilisateur. Ce processus a été validé par le service des archives médicales.

Le visiteur recommande l'actualisation du poste de coordonnateur inhalothérapeute afin de soutenir l'équipe.

Par ailleurs, il est recommandé que l'environnement de travail soit revu afin de répondre aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) en matière de retraitement des équipements médicaux. Actuellement, la désinfection des équipements se fait dans le bureau des inhalothérapeutes

alors qu'aucun lavabo n'est accessible. De plus, le matériel médical est entreposé dans ce même bureau. Il est recommandé d'identifier une zone d'entreposage désignée permettant une manutention plus sécuritaire des boîtes et une gestion précise de l'inventaire.

Enfin, la qualité de l'air serait nettement améliorée en enlevant le tapis et tout particulièrement dans ce local situé au sous-sol du bâtiment.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur</b>	
16.1.9 Le cheminement des usagers à l'intérieur de l'organisme est pris en compte et géré en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles.	<b>!</b>
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur</b>	

Le cheminement des usagers est assuré de façon proactive et efficace au sein de l'établissement. La direction et les gestionnaires exercent une gestion efficace des lits et durées de séjour en partenariat étroit avec les services de première ligne. Il faut souligner l'ajout récent de trois (3) nouveaux directeurs de la fluidité pour les trois (3) réseaux locaux du CISSS des Laurentides (partage du territoire). La fluidité et l'efficacité des trajectoires de soins ont fait l'objet de travaux importants depuis 2021 quand s'est amorcé un projet important du CISSS des Laurentides, qui rassemble des représentants de toutes les directions cliniques vers un même objectif : celui d'améliorer la fluidité et l'efficacité des trajectoires de soins. Le projet se divise en 7 axes : Service de proximité; Service ambulatoire 2e ligne; Psychiatrie, Santé mentale et dépendance; SAPA Soutien à domicile; SAPA Hébergement; Urgence et enfin Séjour hospitalier. Ce projet est piloté sous la gouverne d'un groupe de cogestion médico-administrative nommé « Concert clinique ». Chacun de ces projets est piloté par un gestionnaire responsable d'améliorer la fluidité et l'efficacité des services au CISSS des Laurentides.

De nombreuses données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à la prestation des services en temps opportun au service des urgences. Cependant, il a été observé et discuté que le processus de collecte des indicateurs (extraction des données) était automatisé à l'Hôpital de Saint-Jérôme, mais pas dans les autres sites du CISSS des Laurentides. Il est recommandé de standardiser la collecte de ces informations dans toutes les installations du CISSS des Laurentides.

Un comité de gestion des lits est en place sur la base d'une cogestion médico-administrative, ainsi qu'un plan de surcapacité. Un comité nommé « Topo-Staffing » coordonne la gestion des lits avec la gestion des besoins en personnel sur les unités de soins pour optimiser la fluidité des lits. Enfin, une cellule de crise composée de toutes les directions (cliniques et administratives) est disponible en tout temps pour les débordements majeurs au service des urgences. Ce comité se réunit plusieurs fois par jour au besoin.

L'établissement est notamment invité à mettre à jour certaines politiques et procédures datant de 2016, soit 6 ans en écart de la présente visite. Notamment celle sur « La mise en place du comité de crise, urgence du CISSS des Laurentides », la « Procédure d'admission et départ concernant les lits de courte durée », la « Politique de gestion des lits de courte durée » ainsi que le « Plan de surcapacité du CISSS des Laurentides ». Il a été observé et discuté que ces politiques n'intègrent pas nécessairement les nouvelles modalités de gestion des durées de séjour selon le projet d'amélioration de la fluidité et l'efficacité des trajectoires précitées.

L'établissement recueille des données sur le cheminement des usagers pour cerner des variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun. Par exemple, le suivi des listes d'attente, le temps d'attente aux services diagnostics d'imagerie et de laboratoire, le temps d'attente aux consultations médicales et professionnelles, le temps d'attente pour les transferts entre établissements ou autres équipes. Cependant, l'établissement est encouragé à identifier formellement et à documenter des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers et aussi à documenter comment l'utilisation de ces données est utilisée pour apporter des améliorations.

L'établissement a aussi mis en place des processus diversifiés et complémentaires pour faciliter le cheminement des usagers tels : Un « Plan de surcapacité du CISSS des Laurentides de 2017 », le service d'orientation et de référence (AAOR), un « Guichet d'accès aux services de première ligne », le « Service Info-Santé », le service « Info-social », les groupes de médecine familiale (GMF), la médecine aux patients orphelins, « Clic Santé » et « Bonjour-Santé » et plusieurs autres.

On retrouve des infirmières gestionnaires de cas sur plusieurs unités de soins, dont le rôle est notamment de contribuer à la gestion des durées de séjour et de mettre en place des mesures correctives sur une base continue. Des infirmières de liaison contribuent à la gestion des durées de séjour sur une base ponctuelle en aidant notamment à la planification des services de soutien à domicile ou de services courants.

Le cheminement de l'utilisateur à l'intérieur de l'établissement n'est pas toujours pris en compte et géré avec l'apport des usagers et des familles de façon standardisée. Cependant, un projet d'usagers partenaires a été réalisé en oncologie. Il a été discuté que la participation des usagers devait être mieux intégrée pour optimiser le cheminement des usagers dans l'établissement.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.3.17 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.15	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.17	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
1.5.18	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
1.5.19	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

#### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 1 - Excellence des services

Les équipes des services généraux travaillent de manière collaborative en impliquant les usagers et les familles, ainsi que les partenaires institutionnels et communautaires. Divers mécanismes permettent de faire évoluer l'offre de services et d'adapter les services généraux avec l'apport des usagers, des familles et des organismes associés. Les partenaires contactés durant la visite d'agrément témoignent d'un bon niveau de satisfaction dans leur relation avec les interlocuteurs de la direction et des différents services. Des pistes d'amélioration ont été toutefois soulevées par certains interlocuteurs au regard de la fluidité des liens avec l'accueil psychosocial, de même que les délais d'accès à certains services (tout en étant conscients du défi de main-d'œuvre du CISSS).

Le partenariat avec l'utilisateur et la famille est un acquis au niveau des soins. Les services généraux sont encouragés à poursuivre l'implantation d'une approche de soins centrés sur la personne en impliquant davantage les usagers et les familles dans des processus administratifs, entre autres, pour déterminer les compétences du personnel, établir les objectifs des projets d'amélioration de la qualité, évaluer l'efficacité des ressources, définir des besoins en perfectionnement et examiner les lignes directrices et les protocoles.

L'accueil et l'intégration en emploi, ainsi que les mécanismes d'encadrement clinique et administratif, sont bien structurés. Les gestionnaires et les intervenants s'efforcent de mettre en place des conditions favorables à la rétention du personnel. Le personnel rencontré témoigne d'un sentiment de reconnaissance au travail. De nombreuses activités de formation et de perfectionnement sont offertes à l'ensemble du personnel et contribuent à l'appropriation des bonnes pratiques cliniques et de gestion. Bien que les gestionnaires de certains services généraux évaluent régulièrement le personnel sous leur responsabilité, d'autres sont invités à recadrer les pratiques à cet effet.

L'exercice d'autoévaluation réalisé préalablement à la visite d'agrément a donné lieu à l'élaboration de plusieurs plans d'amélioration de la qualité. Toutefois, il n'est pas courant que les objectifs soient associés à des échéanciers et des indicateurs de mesure de l'atteinte des résultats. L'établissement est invité à renforcer sa culture de la mesure en associant des indicateurs à l'ensemble des projets d'amélioration de la qualité. Les deux pratiques organisationnelles requises (POR) s'appliquant au chapitre Excellence des services ont passé les tests de conformité (sécurité liée aux pompes à perfusion, gestion des événements liés à la sécurité). Il convient de noter également que divers mécanismes permettent de veiller à la qualité de la tenue de dossier (par exemple, au moment de la révision des charges de cas, écoute d'appels enregistrés, audits).

Des processus structurés sont mis en place concernant la déclaration, la divulgation, l'analyse et l'application de mesures correctives et préventives en ce qui a trait aux accidents et incidents reliés à la sécurité des usagers. Il serait pertinent toutefois de parfaire les habitudes de déclaration des événements indésirables dans certains services (notamment dans les GMF-U). Concernant la gestion des situations d'urgence, on invite les services de santé courants à réactiver les exercices de simulation pour permettre de rafraîchir la connaissance des différents codes et des actions à poser lorsque nécessaire.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)</b>	
2.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services dans un délai acceptable.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)</b>	

Le service d'Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) constitue la porte d'entrée principale du CISSS des Laurentides en ce qui a trait aux demandes de service de nature psychosociale; il aide à identifier les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services appropriés. La population appelle ou se présente à l'accueil des centres locaux de services communautaires (CLSC) pour exprimer sa demande d'aide. Les requêtes peuvent venir des groupes de médecine de famille (GMF), d'autres services du CISSS, de l'hôpital et de cliniques privés. Les appels téléphoniques provenant de la population de l'AAOR sont inscrits de façon cohérente avec le service de consultation téléphonique 811 Info-Social pour assurer une accessibilité 24/7. La population peut aussi se présenter sans rendez-vous selon les horaires des onze installations sur le territoire. Les équipes Info-Social, AAOR, intervention psychosociale et intervention de crise dans le milieu ont un bel esprit collaboratif. Il y a un processus uniformisé et harmonisé et des outils standardisés et cela indépendamment du secteur de provenance. Il s'agit en effet d'un prétriage rapide pour permettre d'identifier les besoins et le meilleur endroit où l'utilisateur va recevoir le service. Il couvre les adultes et englobe plusieurs programmes-services du CISSS des Laurentides.

Le défi pour le service AAOR est la cueillette d'information qui n'arrive pas sur un formulaire standardisé, car il peut y avoir un formulaire de liaison qui vient de l'intérieur du CISSS ou un formulaire de référence qui vient du communautaire et l'information n'est pas toujours complète. Cependant, le service de AAOR parvient à compléter les informations et à permettre d'assigner une priorisation au dossier. Il y a une vigie constante sur la liste d'attente pour les différentes priorités. Le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des usagers et il exécute ses tâches et ses responsabilités dans cet esprit. L'équipe est multidisciplinaire. Les critères d'acceptabilité pour le traitement des demandes de service sont identifiés et connus. D'ailleurs, si l'intervenant croit que l'utilisateur pourrait bénéficier d'une intervention brève (d'une à trois sessions avec un professionnel de la santé), ceci est organisé avec lui pour avoir un suivi rapide et ne devra pas se rendre au guichet unique des différents programmes-services. Le service est encouragé à suivre les actions d'assignation dans le temps pour permettre d'identifier des pistes d'amélioration dans l'octroi des parcours de l'utilisateur.

Des cinq pratiques organisationnelles requises pour ce chapitre, soit la double identification, l'évaluation du risque de suicide, l'information aux points de transition, l'évaluation des pratiques d'hygiène des mains et la formation sur l'hygiène des mains sont toutes conformes aux critères.

Des liens étroits de collaboration sont aussi tissés avec l'ensemble des programmes du CISSS dans un continuum des services intégrés, et ce, des services sociaux généraux jusqu'aux services spécifiques. Pour le volet d'amélioration, il est suggéré d'introduire des tableaux visuels comme outils de gestion de la qualité et de la performance dans le but d'identifier les objectifs d'amélioration, préciser les indicateurs et partager les réussites. Ce tableau pouvant inclure les résultats du sondage de satisfaction de la clientèle ou expérience de l'utilisateur, des éléments clés concernant les employés. Ce moyen permettra de maintenir la mobilisation du personnel et permettra au personnel de participer activement dans l'élaboration de solutions visant à relever les défis auxquels l'établissement fait face dans le contexte actuel. Le service est invité à revoir l'environnement physique dans certaines installations en ce qui a trait à la sécurité des lieux et les salles d'attente. De plus, une révision de la formation sur les codes couleur (d'urgence) et les actions appropriées qui y sont associées seraient opportunes.

Il faut souligner que de bonnes pratiques sont en place pour accueillir et repérer la personne suicidaire, estimer la dangerosité de son passage à l'acte, intervenir auprès d'elle et parfois, l'orienter, la référer ou l'accompagner vers d'autres services du CISSS ou des partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS). Des outils pratiques et efficaces sont disponibles aux intervenants. Le PQPTM (Le Programme québécois pour les troubles mentaux) est en train de s'intégrer aux soins et services en place. La présence de coordonnateurs d'expérience est reconnue par l'équipe comme une stratégie de rétention assurant aux professionnels un soutien et une mise à jour des compétences. Les équipes apprécient la formation continue pour leur développement professionnel.

Le service AAOR accomplit un travail de qualité en comptant sur des individus qui collaborent, communiquent et s'entraident.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Service Info-Social</b>	

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

<b>Commentaires des visiteurs</b>
<b>Chapitre 3 - Service Info-Social</b>

Le visiteur a rencontré une équipe très bien formée où le climat de travail est serein et où la reconnaissance fait partie de la culture. Le service Info-Social est en pleine expansion et son efficacité est clairement démontrée. Le visiteur encourage l'établissement à évaluer l'impact du service Info-Social sur l'achalandage dans les urgences hospitalières pour des motifs psychosociaux.

Le visiteur est conscient de l'enjeu des ressources humaines et des bienfaits du télétravail. Une mise en garde est néanmoins faite à l'établissement de baliser par des politiques et procédures le télétravail en intervention. Le visiteur rappelle à l'établissement que la santé et la sécurité tant des usagers que des intervenants sont de sa responsabilité en dépit de l'endroit où s'effectue la tâche.

Le visiteur tient à mettre en perspective la qualité des dossiers et des interventions auxquelles il a assisté. De plus, la sensibilité aux réalités de la communauté LGBTQ+, des personnes migrantes, des membres des Premières Nations, etc. sont prises en considération et l'intervention est adaptée.

Le visiteur propose à l'établissement de mettre en place, avec la collaboration des usagers et de leur famille, une procédure simple, claire et diffusée en lien avec les comportements inadéquats (sexe, violence, menace, etc.).

En terminant, le visiteur souligne la qualité de l'accueil et l'ouverture de l'équipe face au processus d'amélioration continue.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique</b>

Les services de consultation sociale ou psychologique sont offerts dans 10 sites du CISSS des Laurentides. Trois emplacements ont été visités pendant l'agrément, Thérèse-de-Blainville, Sainte-Adèle et Saint-Jérôme.

Les équipes des services de consultation sociale ou psychologique sont composées de travailleurs sociaux, d'agents de relations humaines, criminologues et autres. Les horaires varient selon l'emplacement et le service est quand même assuré de façon téléphonique avec le 811 (Info-Social) 24/7. L'établissement est invité à revoir l'affichage sur le site web pour les heures d'ouverture des différents points de service.

La clientèle desservie est âgée de 18 ans et plus et présente des capacités à s'engager dans un processus de changement et à participer activement à son processus de résolution de problème. Pour ce secteur, étant donné que le dossier passe par le service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), il est accessible électroniquement. L'intervenant a accès à un dossier standardisé et uniformisé en matière d'information et de contenu qui permet une meilleure prise en charge de la première rencontre. Les consultations sont triées et classées par priorité. Le délai d'attente est rigoureusement suivi avec une vigie pour respecter les délais d'intervention. En très grande majorité, sur le territoire du CISSS des Laurentides, les délais sont respectés. Pour certains secteurs où il y a une liste d'attente, l'arrivée prochaine d'ajout de ressources permettra de s'attaquer à ce problème. Les listes d'attente sont documentées et très peu de personnes sont en attente de services sociaux généraux. Les coordinateurs cliniques s'assurent de la qualité des services rendus. Une revue des dossiers avec chaque intervenant est faite périodiquement. L'objet de cette revue est de s'assurer de la qualité des soins et de la tenue de dossiers. De plus, des audits sont effectués sur certains facteurs de sécurité des usagers et les résultats de ces suivis sont partagés avec les équipes et des pistes d'améliorations sont identifiées et font l'objet de suivi.

Les défis rencontrés par certaines équipes proviennent de l'étendue du territoire de desserte du CISSS des Laurentides. On peut citer, en particulier, l'absence de transport en commun, l'accès internet déficient ou absent par endroit, l'augmentation de l'itinérance, la violence conjugale.

L'offre de service peut prendre plusieurs formes pour donner suite à l'accueil. Il peut s'articuler avec des consultations de court terme (entre 6 et 8 séances). Dans des cas spécifiques, une intervention brève (1-3 rencontres) peut être envisagée. Si d'autres interventions sont nécessaires, les usagers sont référés vers d'autres programmes appropriés. Il est important de souligner une certaine latitude qui peut être accordée à des suivis, en ce qui concerne les séances, pour permettre une continuité de fluidité du service et bénéficier de la relation thérapeutique déjà établie avec l'intervenant. Quand il y a une référence à un autre service, il est spécifié à l'utilisateur qu'il peut continuer à faire appel aux services psychosociaux si nécessaire. Ceci permet un filet de sécurité additionnel considérant que les listes d'attentes pour certains services en santé mentale sont longues.

Les équipes rencontrées dans les sites visités témoignent de leur engagement envers la population desservie. Les équipes de consultation sociale ou psychologique ont une approche collaborative et de codéveloppement. Il importe de souligner que ces équipes ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation en contexte de pandémie.

La formation continue est encouragée et cela est très apprécié par le personnel. Les espaces de travail sont généralement sécuritaires et la disposition du bureau est soignée pour assurer une sécurité à l'intervenant.

Pour ce qui est de l'approche centrée sur l'utilisateur, ce programme en est un bel exemple. Il y a un partenariat qui s'installe avec l'utilisateur et la famille (si l'utilisateur le désire). Sont notés aussi le respect des droits et responsabilités de l'utilisateur, le plan de soins individualisé, le réseau de sécurité et la disponibilité du personnel pour les suivis. Le consentement au traitement obtenu du patient est éclairé. Un formulaire à cet effet est inclus dans le dossier de l'utilisateur.

La conformité de plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR), des critères incontournables en matière de sécurité des soins et services, a été constatée en ce qui concerne notamment l'identification des usagers, le transfert de l'information aux points de transition, ainsi que la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains. Des audits sont effectués pour la vérification de la conformité à la pratique d'hygiène des mains. L'appréciation du risque de suicide est évaluée systématiquement et avec rigueur dans tous les dossiers. Un mécanisme est en place pour s'assurer du suivi de l'utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous. Les usagers sont informés de leur droit de porter plainte et des affiches dans ce sens sont visibles.

Les services sociaux généraux travaillent en étroite collaboration avec de nombreux partenaires communautaires. Les intervenants rencontrés témoignent d'une bonne sensibilité aux questions éthiques.

En matière d'améliorations, le service est invité à revoir son plan d'amélioration et en y ajoutant des indicateurs qui permettraient le suivi des activités d'amélioration continue. Plusieurs possibilités ont été discutées avec l'équipe. De plus, en ce qui concerne l'outil utilisé pour la prévention du suicide, le service est invité à réfléchir à la possibilité de cibler l'utilisation d'outils plus appropriés selon l'âge de l'utilisateur. Les équipes sont félicitées pour leur dévouement à venir en aide aux personnes vulnérables et à soulager leur souffrance.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu</b>	
<p>5.1.39 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>5.1.39.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.</p>	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

L'équipe d'intervention en situation de crise dans le milieu offre un service 24/7. L'équipe est composée d'intervenants sociaux qui sont aussi en relation avec la police locale de Thérèse-De-Blainville, la ville de Saint-Jérôme ainsi que la Sûreté du Québec du secteur Argenteuil. L'équipe est appelée à intervenir en urgence dans la communauté pour des actions brèves suivant l'état clinique de la personne ou du risque environnemental. Un protocole d'entente et de collaboration est en place avec tous les corps policiers des Laurentides dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38). Les types d'interventions auxquels les intervenants sociaux sont appelés à agir impliquent l'évaluation de la dangerosité (par exemple, états suicidaires, suicide, homicide, désordre mental) et la vulnérabilité des personnes comme victime.

Pour ce chapitre, les pratiques organisationnelles requises (POR) touchant l'identification des usagers, les mesures de prévention du suicide et le transfert de l'information aux points de transition sont conformes. Cependant, pour la POR touchant le cheminement des usagers visant à améliorer la fluidité de la trajectoire de l'utilisateur et éviter le recours au service des urgences, il reste à travailler sur le critère afin de s'assurer que les actions apportées préviennent ou réduisent la congestion au service des urgences. À cette fin, l'établissement est encouragé à élaborer des plans d'action avec indicateurs qui permettront de surveiller les progrès vers l'atteinte de l'objectif. Ces indicateurs pouvant servir de base au développement des objectifs qualité-performance. À ce sujet, le service est encouragé à avoir la collaboration de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) pour l'identification d'indicateurs avec l'approche SMART. Cette méthode entraîne un processus d'analyse pour mieux définir l'objectif avec des critères « smart » : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini. Le même principe peut s'appliquer à d'autres plans d'action. Il sera, par la suite, possible d'évoluer vers l'utilisation de tableau de gestion visuel pour l'appropriation et mobilisation de l'équipe aux objectifs d'amélioration continue de la qualité des services à la clientèle. Une réflexion sur les données probantes dans l'utilisation des grilles d'évaluation du risque de suicide pour des clientèles d'âges différents (adolescents, adultes, personnes âgées) est aussi conseillée.

Les intervenants rencontrés témoignent d'une sensibilité aux questions éthiques. De bonnes pratiques sont en place pour accueillir, repérer la personne suicidaire et estimer la dangerosité de son passage à l'acte. Dans certaines situations l'intervenant sera appelé à se déplacer pour intervenir auprès de la personne suicidaire. La formation relative à l'estimation de la dangerosité dans le cadre de la Loi P-38 a été offerte. Selon le secteur, les intervenants peuvent être spécialisés en intervention de crise en milieu, mais dans d'autres secteurs c'est un rôle partagé parmi les intervenants. Plusieurs événements majeurs survenus sur le territoire ont prouvé le haut niveau de compétence des intervenants appelés à collaborer dans cette équipe reconnue par le CISSS des Laurentides et les partenaires de la communauté. À titre d'exemple, le soutien apporté lors des grandes inondations survenues dans les dernières années.

Il y a une bonne affinité avec les services communautaires qui pourrait être utilisée davantage pour certains besoins de la clientèle. Il faut souligner le professionnalisme des intervenants sociaux dans le respect des besoins et droits des usagers, lors des choix d'interventions.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile</b>	
<p>6.1.24 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.24.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>- demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Le visiteur a constaté un établissement bien préparé qui a eu à répondre à plusieurs situations dans les dernières années. L'équipe fait preuve de dévouement, d'investissement et d'une très grande capacité d'adaptation. Le niveau de formation est adéquat et adapté. Les membres de l'équipe font preuve de rigueur clinique et une place importante est donnée aux suivis et à la postvention.

La chaîne de commandement est claire, efficace et pertinente. Le leadership des gestionnaires mérite d'être souligné. Le partage expérientiel et la confiance mutuelle font de cette équipe un groupe interdisciplinaire complémentaire, solide et facilement déployable. Le bien-être des pairs est une valeur bien incarnée et, en ce sens, le visiteur tient à souligner l'excellence du développement du Réseau d'éclaireurs.

Le visiteur suggère à l'établissement de sécuriser minimalement l'équipe de répondants en identifiant un minimum de personne de garde, car on peut identifier dans la forme actuelle une zone de risque significative. De plus, le visiteur suggère de mettre en interaction au moins une fois l'an, les membres de l'équipe élargie ainsi que de tenir des pratiques sur une base plus régulière pour explorer les situations moins fréquentes.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 7 - Service Info-Santé</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 7 - Service Info-Santé</b>

Le visiteur fut accueilli par une équipe restreinte (télétravail), mais très bien préparé à la visite. Le leadership de la direction est bienveillant et senti par le visiteur dans ses échanges avec les infirmières. Les gens reçoivent la formation et l'accompagnement clinique nécessaire. Les audits qualité sont fait avec rigueur et régularité par la personne responsable. Lors de participation à des interventions, le visiteur fut à même de constater l'excellence du service.

Dans une perspective d'amélioration continue, le visiteur suggère de mettre en place une procédure et un suivi de l'intervention en télétravail pour s'assurer à la fois de la sécurité des usagers et de la santé et la sécurité du personnel. De même, la reprise des appréciations de contribution formelles est un incontournable. Le visiteur suggère la reprise des réunions et propose d'ajouter un point éthique statutaire à l'ordre du jour.

En conclusion, le visiteur tient à insister sur la dynamique d'équipe empreinte de bienveillance et de l'appropriation des valeurs de l'établissement par le personnel et la direction.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)</b>	
8.1.42 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 8.1.42.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
8.1.48 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	
8.1.49 Le plan d'intervention interdisciplinaire de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 8.1.60.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. 8.1.60.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 8.1.60.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	
8.1.61 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

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

Les deux groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) visités (Saint-Eustache et Saint-Jérôme) sont formés d'équipes multidisciplinaires dynamiques et offrent des milieux d'enseignement attractifs.

Un programme local d'amélioration continue de la qualité (PLACQ) inclut des objectifs, des projets et des indicateurs de mesures de l'atteinte des résultats. Ce programme est facilité par la présence d'un agent d'amélioration continue et d'une structure de comités qui veillent à son actualisation. Des caucus opérationnels sont animés sur une base hebdomadaire et réfèrent à des indicateurs de mesure de la performance. Des audits permettent aussi d'évaluer la qualité et la sécurité des pratiques, notamment, en regard de la double identification et des pratiques d'hygiène des mains. L'implication de l'usager dans les décisions relatives aux soins est acquise et des usagers partenaires sont impliqués dans des projets d'amélioration et dans certaines décisions reliées à la gestion (par exemple, le projet d'agrandissement au GMF-U de Saint-Eustache). Le consentement des usagers est formellement obtenu pour la prise de vidéos, la communication de l'information, la participation à la recherche et lors d'interventions chirurgicales.

La plateforme MediSync permet une gestion fiable des dossiers médicaux électroniques. Un outil d'aide à la décision permet d'attribuer des rendez-vous selon le degré d'urgence. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est réalisé pour les nouvelles inscriptions et les renouvellements de prises en charge. Il est également établi pour toutes les personnes de 65 ans et plus au GMF-U de Saint-Jérôme, car ce processus est aidé d'une infirmière. Les GMF-U contribuent au cheminement optimal des usagers et aident à prévenir la congestion du service des urgences (par exemple, réorientation des P4 et P5, plages pour guichet accès première ligne – GAP, ajout de plages pédiatriques).

Des améliorations seraient souhaitables concernant les pratiques de dépistage du risque de suicide qui interpellent l'ensemble des intervenants. La formation à ce sujet est en cours et des outils cliniques ont été adaptés au contexte d'intervention. Les GMF-U sont invités à veiller à l'appropriation de ces pratiques. Au GMF-U de Saint-Eustache, il importe de standardiser les mécanismes de communication aux points de transition (par exemple, du GMF-U vers le service des urgences du centre hospitalier) et d'évaluer l'efficacité de la communication. Quant au GMF-U de Saint-Jérôme, le mécanisme est protocolisé pour le transfert de l'information et intégré au logiciel MediSync. L'efficacité de la communication nécessiterait toutefois d'être évaluée. Les GMF-U sont invités à poursuivre la formalisation écrite des rôles et des tâches des différents intervenants dans un souci de continuité (dans un contexte de roulement du personnel). Finalement, pour renforcer l'approche collaborative lors de cas complexes, il serait souhaitable d'élaborer un plan d'intervention reflétant les échanges interdisciplinaires et les suivis convenus.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 9 - Services de santé courants</b>	
<p>9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>9.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>9.1.44 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>9.1.44.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>9.1.44.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p> <p>9.1.44.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).</p>	

9.1.44.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

9.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



#### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 9 - Services de santé courants

Les équipes des services de santé courants (SSC) sont investies, passionnées et consciencieuses.

Les SSC offrent une bonne accessibilité aux services et un mécanisme est prévu pour contacter les personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Le projet de développement de la téléconsultation initié par les SSC est une initiative porteuse dans une approche d'autosoins. Il importe de souligner l'implication d'un usager partenaire dans ce projet. L'implication de l'usager dans les décisions relatives aux soins est déjà bien acquise. La mise à contribution des usagers et familles dans des décisions reliées à la gestion et à l'organisation des services en est toutefois à ses débuts. Les SSC sont encouragés à poursuivre les démarches en ce sens. De nombreux outils cliniques normalisés servent à encadrer la pratique. Les mécanismes d'entraide entre les SSC sont bien établis et contribuent à l'harmonisation des pratiques. Il importe de souligner l'expertise développée en soins de plaies. À cet égard, les SSC ont la ferme conviction que les hôpitaux pourraient référer davantage aux SSC pour réduire les séjours hospitaliers et tirer avantage des services offerts en mode ambulatoire.

Un outil de transfert de l'information aux points de transition (principaux destinataires : le service de soutien à domicile, le service de téléconsultation, ou d'autres CLSC) a été élaboré récemment. Il importe de poursuivre son déploiement et de mettre en place un mécanisme d'évaluation de l'efficacité des communications. Les SSC sont également invités à s'assurer de l'appropriation des pratiques d'évaluation du risque de suicide en contexte ambulatoire (en référence à la formation récente et aux nouveaux outils). Les gestionnaires sont encouragés à aller de l'avant avec la mise en place de caucus opérationnels hebdomadaires (en présence ou virtuel) avec l'équipe et le développement d'indicateurs de suivi de la performance. Les SSC sont également invités à poursuivre l'optimisation des trajectoires de services en offrant des suivis mixtes qui interpellent à la fois les services de soutien à domicile et les SSC et en s'assurant d'offrir les services de la manière la mieux adaptée et efficiente possible. Finalement, il importe de trouver des solutions au manque d'espace qui crée des contraintes au développement de l'offre de services et à la fonctionnalité du secteur (notamment au CLSC Jean-Olivier-Chénier, CLSC de Mont-Tremblant).

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

### Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Télésanté</b>	
1.7 Une procédure permet de répondre aux demandes de service de télésanté en temps opportun, comme il convient.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Processus prioritaire : Télésanté</b>	

La télésanté s'est beaucoup développée dans la période de la crise sanitaire. Elle est bien soutenue par une pilote clinique et un pilote technologique ainsi qu'un guide de soutien à la télé pratique.

Les visiteurs ont eu l'occasion de rencontrer et d'échanger avec l'utilisateur impliqué avec l'équipe de télésanté. Ce dernier a mentionné la qualité du service et des outils de soutien pour la clientèle qui ont été développés.

Il faut souligner toute la documentation produite, dont les infolettres qui ont permis aux professionnels de comprendre la plus-value de cette technologie et les ont incités à présenter des projets et la documentation sur le site internet pour les usagers.

Les visiteurs ont vu la liste des 63 projets déjà en cours et ont assisté à deux rencontres permettant de voir plus en détail l'impact positif de ces projets auprès de la clientèle, soit le développement des services courant en télésanté et la téléorthophonie.

Il faut souligner, entre autres, la mise en place de l'utilisation de la télésanté pour les services courants. L'utilisateur rencontré a exprimé toute son appréciation des services qu'il reçoit par télésanté lui évitant de devoir se déplacer pour ses services, compte tenu de ses difficultés de mobilité. Il a décrit que c'était le 7e service qu'il obtenait ainsi. De plus, les visiteurs ont saisi que les membres du personnel infirmier qui donnent ce service sont des travailleurs qui sont en retrait du travail (ex-femme enceinte) et qui peuvent, par la télésanté, intervenir en télétravail auprès de la clientèle, ce qui leur permet aussi de poursuivre leur travail dans cette période importante de pénurie de ressources.

Dans la documentation consultée et lors des échanges avec l'équipe, les visiteurs ont compris qu'il n'y a pas de procédure afin de répondre aux demandes de services en temps opportun. Ceux qui veulent avoir accès à la télésanté doivent compléter une demande de projet. L'équipe est encouragée à établir une procédure pour l'accès en temps opportun à la télésanté.

Il serait d'intérêt qu'un intervenant puisse réaliser des tests de branchement avec l'utilisateur préalable à la première téléconsultation afin de s'assurer que technologiquement l'utilisateur peut participer virtuellement à sa première rencontre avec l'intervenant clinique sans difficulté.

L'équipe est encouragée à poursuivre le développement de la télésanté afin de contrer la pénurie de ressources actuelle et permettre d'éviter de longs déplacements pour la clientèle.

---

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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