



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

**Centre intégré de santé et de services
sociaux de Laval**
Séquence 1

Rapport publié: 15/08/2024

Table des matières

| | |
|---|----|
| À propos d'Agrément Canada | 3 |
| À propos du rapport d'agrément | 3 |
| Confidentialité | 4 |
| Sommaire | 5 |
| À propos de l'établissement | 5 |
| Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs | 6 |
| Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence | 8 |
| Soins centrés sur les personnes | 9 |
| Aperçu de l'amélioration de la qualité | 9 |
| Aperçu du programme | 10 |
| Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément | 11 |
| Résultats selon les dimensions de la qualité | 13 |
| Pratiques organisationnelles requises | 14 |
| Résultats de l'évaluation divisés par chapitre | 16 |
| Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population | 16 |
| Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles | 18 |
| Leadership – Gestion de la qualité et des risques | 20 |
| Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres | 22 |
| Santé publique | 24 |
| Télésanté | 28 |
| Programme de prévention et de contrôle des infections | 30 |
| Services de retraitement des dispositifs médicaux | 32 |
| Gestion du circuit du médicament | 33 |

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 04/02/2024 au 09/02/2024.

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

Confidentialité

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

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

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

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population de plus de 438 366 citoyens sur un territoire où la densité de la population est de 1 781 personnes par kilomètre carré. La population immigrante est passée de 20,2 % à 31,5 % entre 2006 et 2021 et Laval est la deuxième région où la proportion de personnes immigrantes est la plus élevée au Québec. Certains volets de la programmation du CISSS ont une vocation suprarégionale c'est-à-dire qu'ils offrent des services à une population hors territoire.

L'enseignement universitaire est développé et de nombreuses activités de recherche sont réalisées dans une optique d'amélioration des pratiques. Outre sa double affiliation universitaire avec L'Université de Montréal et l'Université McGill, le CISSS de Laval peut également compter sur des collaborations avec deux chaires de recherche (La Chaire Sanofi en soins pharmaceutiques ambulatoires de l'Université de Montréal et la Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec — volet santé et bien-être) et une entente de collaboration interinstitutionnelle pour le financement d'activités de recherche en éthique clinique et organisationnelle.

Le CISSS de Laval comprend 32 installations et compte sur l'expertise de 13 000 employés et de 700 médecins, dentistes et pharmaciens. De plus, le réseau territorial de services comprend une panoplie d'établissements qui travaillent en collaboration avec le CISSS dont les groupes de médecine familiale, les entreprises d'économies sociales, les centres d'hébergement, pour ne nommer que ceux-ci parmi beaucoup d'autres.

Dans les deux dernières années, une nouvelle gouvernance est entrée en fonction et a affirmé les valeurs organisationnelles qui sont «l'audace, la bienveillance, la collaboration et l'innovation».

L'établissement assume sa mission dans un contexte de changement marqué par l'introduction prochaine du projet de loi 15, le récent mouvement de grève des employés du réseau de la santé et le volume élevé d'usager au service des urgences, particulièrement durant la saison froide de l'année.

L'établissement peut s'enorgueillir de la présence d'usagers partenaires dans plusieurs comités décisionnels. Ce sont plus d'une centaine d'usagers qui donnent leur point de vue dans l'établissement et qui participent à la révision de l'offre de services.

De multiples outils d'aide à la décision sont disponibles et permettent d'ajuster les activités pour répondre le plus possible à la demande en temps réel. L'accessibilité et la congestion au service des urgences demeurent des enjeux auxquels l'équipe est quotidiennement confrontée.

À l'égard de la visite d'experts d'Agrément Canada, les équipes souhaitent faire reconnaître les initiatives porteuses et consolider certaines pratiques qui ont représenté des enjeux organisationnels lors du premier cycle de visites avec Agrément Canada.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Les partenariats et l'interdisciplinarité

Le niveau de collaboration avec les partenaires est très bien perçu. Bien que des changements importants au niveau de la structure d'encadrement se soient présentés au cours des dernières années, les partenaires constatent que l'historique est bien présent et que la volonté de reprendre ou de poursuivre est réelle. L'implication et l'attention portée aux différents besoins de la communauté méritent l'attention, dans un contexte où l'on se retrouve sur un territoire avec un fort pourcentage de population multiethnique, immigrante et parfois allophone. La croissance de la population âgée représente également un enjeu auquel le CISSS est confronté. La direction de la Santé publique est bien présente et, avec son équipe d'organiseurs communautaires, tente de rejoindre la population la plus vulnérable.

L'intégration de l'approche de gestion est en voie de consolidation. L'ensemble des gestionnaires manifeste une collaboration et une forte volonté d'atteindre des résultats et de maintenir les soins et services de façon sécuritaire. La coordination demeure le mécanisme qui favorise et soutient l'approche interdisciplinaire.

La continuité et les trajectoires de soins

En regard du volume élevé d'usagers qui se présentent dans les installations du CISSS pour divers soins et services, la révision des trajectoires de soins reste à développer afin d'optimiser le passage de l'usager dans le système de soins. Lors de fort achalandage, des plans de contingences sont mis en place et permettent d'accueillir et de dispenser les soins et services de la meilleure qualité possible.

Bureau des usagers partenaires

Les usagers ont la possibilité de donner leur point de vue de différentes manières, soit en participant à des sondages de satisfaction de la clientèle, en étant membres de divers comités organisationnels ou via le bureau des usagers partenaires. Les usagers sont généralement satisfaits des soins et services offerts dans l'établissement.

Prévention et contrôle des infections

En matière de prévention et de contrôle des infections, les équipes poursuivent leurs efforts pour atteindre les cibles. L'apparition de virus émergents, le roulement du personnel, les lieux physiques exigus dans certains endroits, les pressions liées aux enjeux d'accessibilité et de fluidité — tous ces éléments mettent une pression énorme sur le respect des meilleures pratiques, lesquelles contribuent à diminuer les risques.

Il est à souligner que l'établissement, possède une structure de gouvernance solide en prévention et contrôle des infections (PCI). Il dispose d'une équipe de microbiologistes jeunes et dynamiques, un service de PCI reconnu pour son expertise et disponible pour les collaborateurs internes et externes, ce qui constitue les conditions gagnantes pouvant contribuer à maintenir le cap. Les efforts sont à poursuivre en ce sens.

Le retraitement des dispositifs médicaux

Depuis plusieurs années, le retraitement des dispositifs médicaux se réalise selon un modèle centralisé à l'Hôpital Cité de la Santé. Ces équipes travaillent souvent en arrière-plan, mais leur travail a une importance accrue pour assurer la qualité et la sécurité des soins. L'établissement peut être fier du travail accompli par les équipes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, ainsi que du service d'endoscopie.

La Santé publique

Tous les secteurs couvrant le chapitre de la santé publique se conforment aux critères d'Agrément Canada. L'équipe démontre une très bonne mobilisation et une cohésion envers leur mission. Le partenariat interne et externe est important et l'équipe améliore constamment ses liens avec la communauté. Le plan régional de santé publique est conforme au plan national et aux orientations ministérielles; il tient également compte des besoins de la population lavalloise. Il ajuste ses portraits, analyses et interventions pour protéger la population et améliorer sa santé et son bien-être. La direction de la Santé publique tente de rendre ses services dans une optique d'influence et de soutien à la décision clinique concernant l'organisation des soins et services dans tous les secteurs visités.

Les mesures d'urgence

Le CISSS de Laval est conscient des efforts à consacrer dans les prochains mois pour réviser la gouvernance et les pratiques en matière de planification des soins et services en situation d'urgence et de sinistres. Forte de ses expériences reliées à la lutte contre la pandémie et à la gestion d'importants événements (code gris, code jaune, verglas), l'équipe devra mettre à profit les connaissances acquises pour entreprendre ce grand chantier de révision de l'organisation et des pratiques de mesure d'urgence et de sécurité civile avec ses partenaires tout en y intégrant l'apport des usagers.

La télésanté

La télésanté (ex. : visioconférence, consultation électronique) est accessible au CISSS de Laval depuis quelques années. Toutefois, en 2022-2023, un vaste chantier afin de structurer et promouvoir son utilisation a été initié. L'établissement s'est doté d'une équipe dynamique composée de cliniciens et d'informaticiens et d'une documentation riche et structurée. En effet, plusieurs règlements, politiques et procédures (RPP) permettant d'encadrer l'utilisation de la télésanté ont été développés (ex.: cadre de référence, politique d'utilisation, gestion de dossier, confidentialité, consentement, audit), et ce, en partenariat avec les utilisateurs et usagers. Un plan d'action 2023-2025 a été mis en place permettant de suivre l'évolution du déploiement de la télésanté. Un patient partenaire a été introduit au sein du comité de gouvernance (comité tactique) et des usagers ont été interpellés dans la mise en place de certains projets (ex. : CAT).

Le circuit du médicament

Le circuit du médicament au CISSS Laval est bien structuré, la documentation est claire, riche et conforme aux bonnes pratiques. Un comité interdisciplinaire dynamique a été mis en place. Des règlements, politiques et procédures (RPP) ont été développés permettant d'encadrer les pratiques cliniques. Des indicateurs par service/par type d'erreur sont disponibles et des analyses prospectives ont été réalisées sur les événements sentinelles (ex. : extravasation).

Dans une perspective de production, la pharmacie centrale et la pharmacie satellite (CHSLD Ste Dorothée) sont bien structurées et organisées. L'accessibilité est contrôlée, les aires de production et d'ensachage sont propres et dégagées. Les aires de réserves sont éclairées permettant d'avoir une bonne visibilité du nom des médicaments.

Les prescripteurs et les administrateurs de médicaments peuvent compter sur un «centre d'informations pharmaceutiques» géré par une pharmacienne, une pratique novatrice. En terminant, il faut souligner le déploiement important des armoires à médicaments intelligentes qui viennent encadrer et sécuriser les pratiques de gestion des médicaments.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Retraitement des dispositifs médicaux

En matière de retraitement des dispositifs médicaux, pour les sites satellites, le prénettoyage présente quelques lacunes. Il est à souligner que les équipes travaillent avec rigueur et engagement dans des lieux physiques exigus qui limitent l'optimisation des processus et le bon fonctionnement des activités. L'établissement est encouragé à soutenir les équipes à cet égard.

Télésanté

En télésanté, après discussion avec les équipes, le processus de planification et de conception des outils est bien terminé, la mise en œuvre et l'évaluation des résultats sont en cours. L'établissement est invité à poursuivre ses efforts dans le déploiement de la télésanté, et ce, en intensifiant ses activités de diffusion des résultats et en développant des projets de télémédecine permettant d'offrir un accès aux soins à distance par tout professionnel à son patient. (ex. : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale).

Le circuit du médicament

Au niveau du circuit du médicament et au niveau de la production (la pharmacie centrale), l'établissement est invité à réévaluer la possibilité de diminuer la duplication de réserves pour un même médicament, à consolider les règlements, politiques et procédures (RPP) et enfin à optimiser les heures de livraison des chariots de médicaments aux unités de soins. Les pharmacies d'unité auraient avantage à être sécurisées, les portes sont généralement laissées ouvertes. Les médicaments au commun sont bien entreposés et disponibles généralement en grande quantité.

Dans une perspective d'administration de médication, l'établissement est invité à revoir la mise en place des RPP auprès des équipes, et ce, plus particulièrement en milieu hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Après observation des pratiques, des écarts significatifs sont notés dans l'observance des RPP. Une attention devrait être également portée sur la gestion des narcotiques tant au niveau de l'entreposage et de sécurisation de l'accès (gestion des clés) que dans le décompte. Afin de s'assurer de la pérennité de la mise en place des RPP, l'établissement est invité à mettre en place un système régulier d'audit et d'évaluation de la conformité.

Prévention et contrôle des infections

Au centre de vaccination du Centre Laval, l'espace pour l'entreposage du rangement des déchets biomédicaux (chariot) est restreint. Aussi, une meilleure signalisation pourrait être envisagée pour éviter les trop grands déplacements des usagers à l'intérieur du centre d'achat.

Les mesures d'urgence

Il est nécessaire de réviser la gouvernance et les pratiques de planification des soins et services en situation d'urgence et de sinistres en prenant des actions pour utiliser le cadre éthique de l'établissement en soutien à la prise de décision. Il faudra également planifier les ressources nécessaires en fonction des différents risques, maintenir les services essentiels et se doter d'un mécanisme structuré et formel d'évaluation.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'amélioration continue de la qualité

En général, les activités d'amélioration continue sont suivies de manière structurée et les équipes s'inscrivent dans une vision de l'amélioration dans un contexte de non-blâme.

Plusieurs projets d'amélioration sont initiés et suivis de manière rigoureuse dans l'optique de pérenniser les bonnes initiatives.

Les incidents/accidents sont déclarés et la divulgation est faite auprès des usagers qui peuvent vivre des situations plus ou moins difficiles. L'établissement, en raison de sa valeur de bienveillance, accordera toute l'attention nécessaire lors de telles situations qui sont fort heureusement plutôt rares.

L'établissement est encouragé à poursuivre les efforts pour sensibiliser les équipes à la déclaration des incidents/accidents et il convient de souligner la clarté et le niveau élevé des analyses post-événements qui sont effectuées par l'équipe.

Aperçu du programme

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

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

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

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

Décision d'agrément:

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Le statut d'agrément est :

Agréé

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

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

| Installation | Chapitre |
|---|---|
| Santé publique - CISSS de Laval | Santé publique |
| Centre d'hébergement Sainte-Dorothée | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre d'hébergement Sainte-Dorothée | Gestion du circuit du médicament |
| Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Louise-Vachon | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Louise-Vachon | Gestion du circuit du médicament |
| Centre de services ambulatoires de Laval | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre de services ambulatoires de Laval | Gestion du circuit du médicament |
| Centre multiservices de santé et de services sociaux de Laval | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre multiservices de santé et de services sociaux de Laval | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CHSLD Val-des-Brises | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CHSLD Val-des-Brises | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CHSLD Val-des-Brises | Gestion du circuit du médicament |
| CLSC et centre de services ambulatoires Chomedey-Tour A | Santé publique |

| Installation | Chapitre |
|--------------------------------------|---|
| CLSC et CHSLD Idola St-Jean | Santé publique |
| CLSC et GMF universitaire du Marigot | Santé publique |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Leadership – Gestion de la qualité et des risques |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Télésanté |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | Gestion du circuit du médicament |
| Hôpital juif de réadaptation | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital juif de réadaptation | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Hôpital juif de réadaptation | Gestion du circuit du médicament |

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

| Dimension de la qualité | Conforme | Non Conforme | S.O. | Total |
|--|------------|--------------|----------|------------|
| Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 35 | 0 | 0 | 35 |
| Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 15 | 2 | 0 | 17 |
| Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.) | 12 | 0 | 0 | 12 |
| Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.) | 21 | 1 | 0 | 22 |
| Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 40 | 1 | 0 | 41 |
| Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 179 | 10 | 4 | 193 |
| Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 197 | 19 | 3 | 219 |
| Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 48 | 0 | 0 | 48 |
| Total | 547 | 33 | 7 | 587 |

Pratiques organisationnelles requises

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

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

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

| Chapitre(s) | Nom de la POR | Nombre de test de conformité avec cote conforme | Pourcentage de test de conformité avec cote conforme |
|---|---|---|--|
| Programme de prévention et de contrôle des infections | Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains | 1 / 1 | 100.00% |
| Programme de prévention et de contrôle des infections | Nettoyage et désinfection de bas-niveau | 3 / 5 | 60.00% |
| Programme de prévention et de contrôle des infections | Taux d'infection | 4 / 4 | 100.00% |
| Total | | 65 / 69 | 94.20% |

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,5 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

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

Au Centre intégré de Santé et de Services sociaux de Laval, une nouvelle gouverne s'est mise en place dans les deux dernières années. Les valeurs, la vision de l'établissement ont été revues en début de mandat du nouveau président-directeur général. Il a lancé une vaste consultation au cours de l'année 2023 qui a rejoint près de 2000 personnes. Quatre valeurs ont été identifiées et mises de l'avant à la suite de cet exercice important. Ce sont «l'audace, la bienveillance, la collaboration et l'innovation».

La planification stratégique 2023-2027 repose sur l'expérience de l'utilisateur, l'accès, la transformation numérique et l'expérience-employé. Ces choix stratégiques sont issus de la planification stratégique ministérielle. Le comité de direction dispose d'un portefeuille de projets qui découle de ces axes stratégiques 2023-2027. Cette méthodologie constitue les plans opérationnels annuels réalisés en continu dans l'organisation.

Les gestionnaires ont l'occasion d'exprimer et d'approfondir la réflexion sur l'offre de services par différents moyens, dont l'actualisation de différentes tables de pilotage et le suivi d'indicateurs précis. Les comités de pilotage se déclinent dans chacun des services sous la forme de stations visuelles auxquelles le personnel participe.

Une équipe éthique a été rencontrée ; celle-ci fait vivre l'éthique sous plusieurs formes au sein du CISSS. Notamment, elle est impliquée dans l'aide médicale à mourir, la divulgation, les conflits d'intérêts, la recherche, etc. Le cadre éthique précise les mécanismes de gestion des enjeux éthiques ; il a été mis à jour récemment. Toutefois, il n'a pas été possible d'observer que le cadre éthique était coconstruit en collaboration du personnel, des usagers et des membres de la communauté. L'équipe est invitée à mettre de l'avant ces éléments lors de la prochaine révision du cadre éthique.

La participation des usagers partenaires aux différents comités est à souligner. L'approche centrale sur l'utilisateur est soutenue par un bureau du patient partenaire et l'enlignement des projets est ajusté en fonction du point de vue de l'utilisateur. La collaboration du comité des usagers est à souligner. Les membres du comité des usagers élaborent des questionnaires de satisfaction de la clientèle, offrent des conférences à la communauté, et ce, mensuellement sur divers sujets d'intérêts. Il convient de féliciter l'équipe pour le développement de l'approche du patient partenaire. Elle est invitée à faire l'évaluation de la participation des usagers aux différents comités et à voir si une rotation en fonction des divers intérêts pourrait être possible, de manière à favoriser l'enrichissement des échanges. Il est parfois de bon augure d'établir une durée de mandat qui peut être renouvelable, un certain nombre de fois, pour les usagers partenaires.

Il faut souligner la volonté manifeste de l'équipe de mettre en place différents projets initiés par les usagers partenaires. L'évaluation des projets pourra permettre à terme la pérennisation de certains d'entre eux qui améliorent l'expérience de l'utilisateur au sein de l'établissement.

Au niveau de la fluidité et de l'accessibilité, l'établissement travaille à l'amélioration des différentes trajectoires de soins. Celle sur la planification du congé pourra, à court terme, certainement contribuer à réduire les temps d'attentes pour un lit disponible sur les unités de soins et favoriser le retour précoce à domicile dans un environnement sécuritaire. Cette stratégie ne peut qu'être favorable à la décongestion du service de l'urgence.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|------------------|
| 2.2.5 | Les gestionnaires de l'établissement utilisent l'information recueillie sur les enjeux éthiques organisationnels afin de planifier les initiatives d'amélioration de la qualité. | Priorité élevée |
| 2.7.9 | Les gestionnaires de l'établissement optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement. | POR |
| | 2.7.9.3 L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers. | |
| 2.11.3 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un plan de gestion des risques documenté permettant d'intégrer les activités de gestion des risques de l'ensemble des directions. | Priorité élevée |
| 2.12.4 | Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable. | Priorité normale |

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0.0% sont cotés non conformes.

Résultats de l'évaluation :

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

Les équipes rencontrées démontrent un grand enthousiasme ; elles sont animées d'une forte volonté de réussir à se démarquer.

Il y a de multiples rencontres et projets avec les partenaires de la communauté. Le partenariat est reconnu et les membres rencontrés reconnaissent la crédibilité des professionnels de l'établissement. Toutefois, les délais à transmettre les réponses peuvent tarder en raison d'attente d'autorisation soit de la haute direction ou simplement du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). La diffusion et la communication à ce niveau pourraient être rehaussées de manière à réduire les attentes et s'inscrire dans une optique de collégialité et de travaux d'équipe.

Bien que la gouverne soit présente et soucieuse des besoins de la communauté, les équipes sont invitées à identifier des initiatives porteuses qui auront un impact favorable et bien senti auprès de la communauté. C'est près de 30 % de la population qui est soit immigrante, soit multiethnique et, la plupart du temps, allophone. Cet aspect des besoins de la communauté est peu mentionné lors des rencontres avec l'équipe de leadership. La santé publique est une direction qui a de forts liens avec la communauté et l'établissement est encouragé à poursuivre les travaux de soutien à cet égard. Il faudrait penser aux organisateurs communautaires et aux nombreuses sentinelles déployées sur le terrain qui permettent de rejoindre cette portion de la clientèle et également celle des personnes âgées.

La gestion des ressources humaines est bien présente et l'équipe se préoccupe de la santé et de la sécurité au travail de l'ensemble de la communauté des personnes qui œuvrent au CISSS de Laval. Tenant compte de la forte présence des communautés culturelles et immigrantes sur le territoire, et à l'interne, l'équipe est invitée à accélérer dans la mesure du possible les travaux sur l'équité, l'inclusion et la diversité culturelle déjà en cours de réflexion par l'équipe de la santé publique.

Les dossiers-employés sont informatisés et l'on y retrouve la documentation pertinente.

Un programme d'entretien préventif des équipements est en place et sert d'outil de travail à l'équipe du Génie biomédical. Le défi demeure la capacité des équipes techniques à soutenir l'installation et la réfection voire l'aménagement des locaux lors de la mise en place de nouveaux équipements.

La gestion financière est impactée par l'arrivée d'OPTILAB et la main-d'œuvre indépendante. Des efforts colossaux sont à déployer à court terme afin de réduire l'écart budgétaire. Le recours à de l'aide financière gouvernementale est actuellement en association de tous les efforts mis en place afin de réduire la pression budgétaire sur l'établissement. Les processus financiers sont clairement définis et la participation des cadres terrain est requise pour l'exercice.

L'équipe du CISSS de Laval est à actualiser un plan d'action en développement durable. Elle suit les

orientations gouvernementales et a rehaussé son équipe dans la dernière année. Déjà, des résultats concrets sont présents, dont la réduction du matériel en hémodialyse. Le défi est la sensibilisation et l'implication des équipes internes et externes pour l'atteinte des résultats.

L'informatisation du dossier patient est en cours de réalisation. Bien que plusieurs dossiers de différents supports soient disponibles, il y a une volonté d'intégrer l'ensemble pour une amélioration des processus. La révision des processus préalables à l'implantation de Cristal-Net va bon train et permettra à terme de servir de base pour l'implantation du Dossier santé Québec qui est en phase préliminaire. La numérisation complète des dossiers est en voie d'être complétée.

La communication au sein de l'établissement représente un défi mentionné par l'ensemble des équipes rencontrées. Le cheminement de l'information tant à l'interne qu'à l'externe mérite l'attention. On réfère la plupart du temps aux différents outils informatiques alors que dans la communauté on offre des services à un fort pourcentage de clientèle âgée et immigrante dans une langue parlée qui peut être parfois incomprise.

La communication avec les médias semble encadrée, dans la mesure où il y a un certain contrôle des messages véhiculés, mais l'équipe est invitée à réfléchir à un plan de communication interne. Ce dernier peut préciser comment on souhaite voir la communication s'actualiser à l'interne en donnant des balises claires.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 96,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 3.4% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Leadership-gestion de la qualité et des risques

La déclaration et la divulgation des incidents/accidents liés à la sécurité sont documentées et les équipes ont accès à toute l'information nécessaire leur permettant de faire le suivi des indicateurs de leur secteur d'activité. Le processus de divulgation est en place et documenté. Divers outils de communication sont disponibles afin d'informer les équipes des incidents liés à la sécurité et des mesures d'amélioration apportées. Il serait pertinent d'identifier des stratégies dans le but d'informer les usagers et les personnes proches aidantes des mesures mises en place afin de réduire certains types d'incidents et de rassurer les usagers et leurs proches quant aux efforts mis de l'avant pour maintenir la sécurité de la clientèle.

L'analyse des risques émergeant est présente en hébergement et les gestionnaires font la marche GAMBA une fois par année. L'équipe est invitée à formaliser un processus pouvant servir de matrice de risque afin de pouvoir faire de la prévention. Les risques sont évalués par les équipes au quotidien, toutefois des mesures plus structurées pourraient être préventives.

L'établissement est invité à rédiger le plan intégré d'amélioration continue de la qualité, qui inclut le plan de sécurité des usagers et le plan de gestion intégré des risques alimentés par les objectifs et les indicateurs de performances définis dans les plans opérationnels. La gestion des projets est bien maîtrisée par les gestionnaires qui tiennent régulièrement les dirigeants informés. Les cadres de la haute direction rencontrés utilisent cette méthodologie de projets. Il serait intéressant de vérifier la déclinaison tactique jusqu'au responsable d'unité et aux opérations. De plus, il peut être intéressant d'évaluer la possibilité du terrain à faire des propositions de changements/projets dans ce portefeuille qui semble ficelé par le comité de direction. Ceci permettrait d'évaluer la cohérence organisationnelle.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 4.1.4 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 4.1.8 | Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que les opérations se déroulent de manière sécuritaire, afin d'assurer la sécurité de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes. | Priorité élevée |

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

Évaluation du chapitre : 83,9 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 16.1% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les activités de gestion globale des mesures d'urgence et de sinistres ont été reprises dans la foulée de la reprise des activités après la lutte active contre la pandémie. L'équipe a tout de même dû gérer des événements où les plans actuels ont démontré certaines limites, mais dont l'organisation a démontré sa capacité à agir de façon rapide et diligente grâce à l'expérience des dirigeants et intervenants (code gris, code orange, panne électrique régionale [verglas]). L'équipe est consciente de ses forces et lucide envers les éléments à améliorer.

La nouvelle équipe renouvellera la gouvernance de niveau stratégique et tactique au cours des prochaines semaines. Elle a préparé un plan d'action qui vise, entre autres, à revoir les plans de mesures d'urgence existants et en développer d'autres avec les partenaires internes et externes.

Il est recommandé à l'équipe d'avoir recours au cadre éthique de l'établissement au soutien de la prise de décision. Il serait aussi important que l'établissement puisse bien planifier les ressources nécessaires en fonction des différents risques d'événements. On peut notamment faire référence aux grands derniers événements survenus qui ont permis d'identifier les ressources qui seraient nécessaires si de tels événements se reproduisaient (par exemple, des pannes électriques occasionnées par un épisode de verglas). Dans le même ordre d'idée, l'équipe planifie actuellement des activités où seront évalués les ressources et les moyens pour maintenir les services essentiels en fonction des différents risques de mesures d'urgence et de sinistres. Enfin, il est recommandé à l'équipe de se doter d'un mécanisme structuré et formel d'évaluation des différents plans de mesures d'urgence.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|------------------|
| 5.1.3 | Les gestionnaires de l'établissement prévoient la mise en place d'une structure de coordination interne en mesure d'urgence et de sinistre à laquelle sont rattachés tous les programmes-services. | Priorité normale |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|------------------|
| 5.1.5 | Les gestionnaires de l'établissement se réfèrent au cadre d'éthique de l'établissement pour guider la prise de décision concernant la planification des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres. | Priorité normale |
| 5.1.6 | Les gestionnaires de l'établissement planifient la manière dont ils accéderont aux ressources lors de situations d'urgence et de sinistres pour assurer la continuité des activités, l'intervention et le rétablissement. | Priorité élevée |
| 5.3.2 | Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de maintien des services essentiels visant à assurer la réponse aux besoins pendant et après les situations d'urgence et de sinistres. | Priorité élevée |
| 5.5.1 | Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un mécanisme structuré d'évaluation qui couvre les phases liées à la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. | Priorité normale |

Santé publique

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0.0% sont cotés non conformes.

Résultats de l'évaluation :

Commentaire général :

Sous le leadership et la recommandation de la direction de la Santé publique, l'établissement a adopté le plan régional de santé publique 2023-2025 qui, dans les faits, reconduit en partie le plan 2016-2020 et ajoute de nouvelles priorités. Ce plan est conforme au plan national de santé publique, aux priorités ministérielles et spécifiquement aux besoins de la population.

L'équipe est composée de personnel, professionnels et médecins en nombre suffisant qui permet actuellement de répondre aux principaux besoins de la population et de l'organisation. Elle a accueilli plusieurs nouveaux intervenants. Un plan détaillé d'accueil et d'intégration est élaboré et utilisé pour développer la compétence des nouveaux employés. C'est une équipe dévouée à la mission de la santé publique. Les visiteurs ont rencontré différentes équipes fières de démontrer leurs réalisations et le respect des bonnes pratiques. L'équipe de médecins en santé publique est complète, mais il faudrait évaluer s'il est nécessaire de réviser les plans d'effectifs médicaux dans cette spécialité en fonction des besoins émergents.

Les bonnes pratiques de santé publique sont en place. L'équipe sait faire preuve de créativité pour rejoindre les différentes clientèles. Par exemple, le recours à la Brigade sensibilisation Laval, initialement mise en place durant la pandémie par l'établissement et la Coopérative de soutien à domicile de Laval, pour joindre la population notamment en sillonnant les quartiers en réalisant, par exemple, du porte-à-porte lors d'alertes de chaleur (et beaucoup plus!).

L'équipe démontre aussi son souhait d'améliorer ses pratiques après l'expérimentation de pratiques existantes ou en élaborant des plans particuliers d'intervention (PPI) sur différentes situations d'urgence telle que l'alerte de smog. D'ailleurs, après avoir vécu un épisode de verglas en avril 2023, la réponse à cet événement a été analysée, en tenant compte du rapport rédigé en 2019 après avoir vécu un épisode semblable. Il a été convenu de rédiger un PPI (en cours de rédaction) et de revoir la liste des partenaires.

Une démarche rigoureuse d'évaluation a été réalisée à l'égard du plan de rattrapage de vaccination contre la rougeole. L'objectif était d'évaluer les impacts des différentes stratégies de communication populationnelle pour augmenter le taux de jeunes vaccinés dont les activités vaccinales ont été réduites durant la lutte contre la pandémie de COVID-19. Ainsi, l'analyse des résultats a permis d'ajuster et d'intensifier les stratégies de communication. Après un travail rigoureux et persistant, le taux de couverture vaccinale a augmenté pour atteindre un niveau acceptable d'immunité populationnelle. L'équipe est encouragée à se doter d'une planification d'évaluation de pratiques ou de programmes périodiquement, par exemple aux deux ou trois ans.

La direction de santé publique a aussi réalisé une première évaluation d'impact sur la santé (EIS) il y a deux ans. Elle prévoit en réaliser une autre prochainement en partenariat avec la ville de Laval.

Les équipes rencontrées agissent concrètement pour appliquer la valeur organisationnelle de collaboration. Les visiteurs ont pu rencontrer plusieurs partenaires qui témoignent la bonne collaboration avec les différentes équipes visitées. D'ailleurs, une représentante de partenaires, faisant référence à la mobilisation régionale «Laval unie pour ses familles», indique que le CISSS de Laval est «uni avec ses partenaires». Plusieurs exemples sont cités par les équipes et les partenaires où l'établissement est

l'initiateur ou des partenaires assurent le leadership. Malgré cela, il demeure certains enjeux de collaboration entre les partenaires, surtout occasionné par le changement de personnel. Les pratiques de co-construction par l'apport d'usagers ou de citoyens demeurent timides et devraient être bonifiées.

Gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences:

L'équipe Mesures d'urgence en santé environnementale (MUSE) consolidée dans les dernières années. Elle planifie ses activités à l'aide d'un calendrier annuel. Des plans particuliers d'intervention (PPI) ont été préparés et d'autres sont en rédaction avec la collaboration de partenaires internes (organismes communautaires) et externes dont Urgence santé et la Ville de Laval.

Devant certains enjeux de communication avec la ville de Laval, les deux partenaires ont créé une communication directe en créant une équipe de type Teams. L'équipe reçoit des signalements de situations d'urgence par diverses sources : Urgence santé, service de sécurité publique, laboratoires, autres partenaires. Elle est invitée à faire la promotion des signalements auprès de certains services de l'établissement, par exemple l'urgence de l'hôpital. L'équipe a de bons liens avec la direction de santé publique de Montréal. L'équipe est fière d'avoir présenté dans un congrès leur projet à l'égard du smog.

Planification de l'offre-évaluation-partenariats et soutien aux politiques publiques-surveillance:

Ce sont des équipes qui travaillent en collaboration avec une vision globale de la santé publique et elles s'influencent mutuellement pour améliorer l'offre de service ainsi que le contenu des livrables (portrait de santé et bien-être, analyses, recommandations, etc.). Depuis la dernière visite d'agrément, il y a eu l'ajout de personnel à la mission de santé publique, ce qui a impliqué de bonifier leur programme d'accueil et d'intégration afin de développer l'expertise.

L'équipe compte sur une agente de communication dédiée qui connaît les méthodes de la santé publique tant pour la communication interne que pour la communication externe.

L'équipe du partenariat et de soutien aux politiques publiques possède de très bons liens avec la communauté et la Ville de Laval. Elle contribue à de nombreuses initiatives qui impliquent une quarantaine de partenaires et une dizaine de comités, par exemple sur l'axe du développement global des enfants. Elle est aussi très active dans la mise en œuvre de la politique régionale de développement social.

En ce qui a trait à la surveillance continue de l'état de santé de la population, l'équipe s'est dotée d'une méthodologie en 10 étapes pour rendre disponibles les résultats à l'interne du CISSS de Laval, aux différents partenaires et aussi aux médias. Considérant certains enjeux liés au vieillissement de la population, elle partage des données populationnelles avec la Ville de Laval. Elle participe aussi au comité de coordination du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) pour soutenir la prise de décision clinique et de planification des services. Dans ses priorités, elle collabore entre autres au continuum santé et bien-être pour la prévention et la gestion optimale des chutes. Elle amorcera des travaux à l'égard de la clientèle en perte cognitive et évalue d'autres clientèles pour lesquelles il serait pertinent de faire de la prévention telle que les maladies chroniques, la santé mentale en milieu de travail.

Prévention des maladies infectieuses (Services intégrés de dépistage et de prévention/SIDEP):

C'est un service qui reçoit de la clientèle d'autres territoires tels que les Laurentides et Montréal. Il y a une entente de collaboration avec l'organisme communautaire SPHÈRE en assurant par exemple des services directement dans l'installation de cet organisme et en se recommandant mutuellement les usagers. Pour s'adapter aux besoins de la clientèle, les usagers peuvent facilement prendre rendez-vous sur Clic santé. L'équipe utilise le dossier électronique Repère pour colliger leurs notes au dossier, ce qui leur permet entre autres d'avoir accès aux informations pertinentes rapidement lorsque des services sont

prodigués dans l'installation de l'organisme communautaire. L'organisme a notamment donné une formation très appréciée aux intervenants à l'égard du langage inclusif à utiliser en fonction de la clientèle. Il faudrait envisager d'évaluer si cette formation pourrait être utile à d'autres équipes et intervenants. Il semble qu'il pourrait y avoir un enjeu de soutien médical lors du futur déménagement du GMF-U Marigot. La proximité du GMF-U et de cette équipe a permis de développer aux fils des années une excellente collaboration au bénéfice des usagers. Une évaluation de la situation est donc recommandée pour réduire les impacts de ce futur déménagement.

Centre de vaccination:

Le centre de vaccination situé au Centre Laval répond aux besoins de la population. Les usagers rencontrés manifestent leur satisfaction à l'égard de l'expérience vécue lors de la prise de rendez-vous et à l'égard des services offerts par les intervenants. De l'extérieur, il pourrait être évalué afin de mieux identifier la localisation du centre de vaccination. Aussi, il a été constaté que l'espace d'entreposage et de rangement est restreint, ce qui augmente les risques à la sécurité du personnel et des usagers. L'établissement est invité à analyser davantage ces risques et à améliorer l'aménagement, le cas échéant. Il a été indiqué qu'un projet permanent de centre de vaccination pourrait voir le jour à moyen terme, ce qui pourrait régler ces enjeux d'espace.

Développement global des enfants et des jeunes:

Une équipe qui travaille constamment pour améliorer l'accès à ses services. Elle adapte les interventions en fonction des caractéristiques de la clientèle, surtout dans un contexte où la ville de Laval est une terre d'accueil pour de plus en plus de personnes issues de l'immigration. Il est aussi nécessaire de stabiliser l'équipe de gestion pour mettre en œuvre les nouvelles pratiques préconisées. D'ailleurs, l'équipe travaille depuis les derniers mois à ajuster ses pratiques en fonction de la dernière révision du cadre de référence sur les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) publié en 2021. L'équipe est invitée à poursuivre ce travail et à développer davantage la co-intervention (interdisciplinaire), surtout pour des clientèles ayant des besoins complexes.

Prévention du suicide:

C'est une équipe qui s'est intégrée à la direction de Santé publique. Elle porte la vision organisationnelle de la prévention du suicide et a aussi la responsabilité de mettre en œuvre la pratique organisationnelle requise de prévention du suicide. Cela semble une bonne stratégie et l'équipe est mobilisée pour mettre en place les bonnes et meilleures pratiques en la matière. La politique de prévention du suicide a été révisée et l'équipe s'est donné l'objectif de soutenir l'élaboration de procédures spécifiques de prévention du suicide au sein de toutes les directions de l'établissement d'ici 2025.

Elle travaille avec le réseau communautaire de Laval, notamment en développant des sentinelles et autres stratégies. De la formation est offerte aux intervenants et aux organismes pour faire la prévention du suicide dans différents milieux. Il existe une structure de vigie qui permet d'analyser les données sur le suicide afin d'améliorer les activités de prévention et d'intervention. L'équipe offre aussi certains services de postvention et des groupes de soutien du deuil. Ces services sont très appréciés des personnes endeuillées. L'équipe a vraiment un souci d'accès à ses services en se donnant des délais de réponse ou d'intervention selon le type et la nature des besoins. Elle garde le contact avec les usagers qui attendent, par exemple, le début d'un nouveau groupe d'entraide. Cette équipe a déménagé dans l'ouest de l'île et des usagers auraient rencontré des difficultés d'accès en utilisant le transport en commun ayant une moins grande fréquence les soirs. L'équipe réfléchit à cet enjeu actuellement et certaines pistes sont envisagées.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4.5% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La télésanté (ex. : visioconférence, consultation électronique) est accessible au CISSS de Laval depuis quelques années, toutefois, en 2022-2023, un vaste chantier afin de structurer et promouvoir son utilisation a été mis en place.

L'établissement s'est doté d'une équipe dynamique composée tant de cliniciens que d'informaticiens et d'une documentation riche et structurée. En effet, plusieurs règlements, politiques et procédures (RPP) permettant d'encadrer l'utilisation de la télésanté ont été développés (ex. : cadre de référence, politique d'utilisation, gestion de dossier, confidentialité, consentement, audit), et ce, en partenariat avec les utilisateurs et usagers.

Un plan d'action 2023-2025 a été mis en place permettant de suivre l'évolution du déploiement de la télésanté. Un patient partenaire a été introduit au sein du comité de gouvernance (comité tactique) et des usagers ont été interpellés dans la mise en place de certains projets (ex. : CAT) permettant de s'assurer d'obtenir le point de vue d'un résident dans les différentes phases de planification et dans le déploiement opérationnel de la télésanté.

Selon l'analyse de ce plan d'action et les discussions avec équipes, la planification et la conception des outils sont bien terminées, la mise en œuvre et l'évaluation des résultats sont en cours. Des initiatives prometteuses ont été mises en place ou sont en cours de planification (ex. : Télésanté en gestion du diabète).

L'établissement est invité à poursuivre ses efforts dans le déploiement de la télésanté, et ce, en intensifiant ses activités de diffusion des résultats. L'établissement gagnerait à introduire un champion médical dans son équipe de coordination, et ce, afin de développer des projets de télésanté (incluant une dimension médicale).

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|-----------------|
| 7.1.10 | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent d'évaluer la fonctionnalité de l'ensemble des services de télésanté de concert avec toutes les parties prenantes avant le déploiement des services. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|------------------|
| 7.2.8 | Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes. | Priorité normale |

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 97,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2.9% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Points forts :

Le service de prévention et de contrôle des infections (PCI) est positionné stratégiquement ; il relève de la présidente-directrice générale adjointe (PDGA) et a un lien fonctionnel avec la directrice des soins infirmiers (DSI), ce qui démontre l'importance accordée à la prévention et gestion des infections. Le comité stratégique PCI, regroupant les experts en PCI, assure la surveillance des indicateurs. Ceci permet d'avoir une vision intégrée de la gestion des risques et incite des discussions sur la manière de réviser les stratégies d'implantation et de suivi. Les officiers PCI sont consultés lors de projets organisationnels autres que PCI.

L'expertise du service de PCI est reconnue par l'ensemble des équipes et celles-ci n'hésitent pas à le consulter selon les besoins. Tous ont nommé l'excellente collaboration avec le service de PCI! Un soutien est également offert aux milieux privés du territoire. Les arbres décisionnels qui guident les équipes dans les actions à prendre lors d'éclosion ou suspicion d'éclosion sont très appréciés. Tout comme le sont les Bilans PCI qui semblent donner du sens aux efforts déployés.

Une belle synergie est notée entre le service de PCI, la Santé publique, le service d'hygiène et salubrité, les programmes-services, la gestion des lits et la direction des ressources humaines (DRH). La pandémie, bien que remplie de défis, a permis de solidifier les liens et bien définir les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes.

Impliqués et engagés, les bénévoles sont de réels ambassadeurs pour la promotion et prévention des infections.

Plusieurs équipes méritent une mention spéciale pour leur engagement en prévention et contrôle des infections, leur intérêt à suivre les formations, les résultats d'audits et leur implication dans les plans d'amélioration continue de la qualité. On peut citer, notamment, la cuisine, la buanderie, le service d'hémodialyse, l'unité Le Ressac, la clinique santé des jeunes, l'unité de médecine de jour, l'unité de psychiatrie, le CHSLD Val-des-Brises et l'Hôpital Juif de réadaptation.

Les audits portant sur l'hygiène des mains sont effectués en continu. Les gestionnaires animent les résultats auprès des équipes et travaillent à l'atteinte des cibles.

Les défis :

Les gestionnaires recherchent activement des stratégies pour maintenir la mobilisation des équipes face aux pratiques de prévention des infections. Il faut souligner les efforts mis de l'avant pour consulter et impliquer les équipes dans l'élaboration d'outils d'aide à la décision selon les besoins et les clientèles.

L'environnement physique, notamment des chambres à 4-5 usagers, pose son lot de défis aussi bien dans la prévention que dans la gestion des éclosions.

L'unité de médecine de jour offre des services dans des espaces exigus. Il y a seulement une salle de bain pour les usagers et le personnel, laquelle sert également pour du rangement de matériel. Les 2

lavabos pour l'ensemble des activités sont nettement inférieurs aux besoins et augmentent le risque d'infections. L'équipe attend patiemment le début du projet de réaménagement qui est planifié et prioritaire.

Il est suggéré à l'équipe de remplacer certains robinets de lavabos pour des robinets sans contact.

Une vigie constante des salles d'utilités souillées est à maintenir. Ces lieux ne doivent pas entreposer du matériel propre. Il est conseillé d'installer un dispositif de solution hydroalcoolique à l'entrée et sortie des salles d'utilités.

Les efforts sont à poursuivre pour l'implantation de la nouvelle POR qui porte sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau. Il convient d'encourager l'éducation et la formation continue ainsi que les activités d'amélioration de la qualité, comme des audits de processus.

La politique sur la gestion des éclosions est à finaliser dans les meilleurs délais.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|--------------------------|---|------------------------|
| 8.2.9 | Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales. | POR |
| 8.2.9.4 | Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. | |
| 8.2.9.5 | Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement. | |

Services de retraitement des dispositifs médicaux

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0.0% sont cotés non conformes.

Résultats de l'évaluation :

Points forts :

L'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et le service d'endoscopie sont des secteurs modèles sur plusieurs aspects : fonctionnement; organisation du travail; rigueur dans le respect des procédures; engagement des équipes ; compétences des gestionnaires. Bravo! Les équipes sont encouragées à poursuivre en ce sens.

Malgré la centralisation du service de retraitement des dispositifs médicaux, l'équipe de gestion procède à une tournée annuelle des installations selon un calendrier préétabli afin de s'assurer que les sites satellites se conforment aux pratiques en vigueur.

Le service reçoit régulièrement des stagiaires, ce qui est profitable pour le recrutement.

L'équipe bénéficie d'un programme de formation continue, lequel est travaillé de concert avec de multiples fabricants.

Des améliorations ont été apportées depuis la dernière visite d'agrément en lien avec des aspects d'ergonomie. Par exemple, les tables de travail sont maintenant amovibles ; les tapis antifatigues sont utilisés. Les efforts sont à poursuivre pour installer des lavabos amovibles.

Les défis :

Le poste de préposée ou préposé au retraitement des dispositifs médicaux (PRDM) est difficile à combler. Un manque de personnel est noté. L'équipe travaille activement sur l'attraction et la rétention.

L'implantation d'un système de traçabilité informatisé, si attendu à l'URDM, devrait démarrer durant l'année à venir après une confirmation budgétaire. Des gains de processus sont attendus avec le remplacement du système manuel présentement en place.

Une attention particulière doit être apportée à certains sites satellites en lien avec le prénettoyage au site d'utilisation. Des non-conformités aux normes sont observées, notamment en ce qui concerne le flux propre et le flux souillé, les lieux exigus, la précision du temps de trempage des instruments et autres.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 87,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12.9% sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le circuit du médicament au CISSS Laval est bien structuré, la documentation est claire, riche et conforme aux bonnes pratiques. Le comité interdisciplinaire est dynamique, son rôle et ses responsabilités dans son bien définis. Sa composition est variée, toutefois l'ajout d'un prescripteur (médecin, infirmier praticien spécialisé [IPS]) permettrait d'assurer une meilleure représentation de l'ensemble de la trajectoire du médicament. Les règlements, politiques et procédures (RPP) développés sont nombreux et généralement à jour. Des indicateurs par service/par type d'erreur sont disponibles (exemple, service des urgences : 10 % de divergence entre ce qui a été administré et ce qui est sorti de leur pharmacie). Des analyses prospectives sont réalisées sur les événements sentinelles (ex. : extravasation).

Dans une perspective de production, la pharmacie centrale et la pharmacie satellite (CHSLD Ste-Dorothee) sont bien structurées et organisées. L'accessibilité est contrôlée, les aires de production et d'ensachage sont propres et dégagées. Les aires de réserves sont éclairées permettant d'avoir une bonne visibilité du nom des médicaments. Les médicaments sont bien étiquetés permettant d'identifier rapidement les médicaments à haut risque (une attention particulière devrait être portée sur la section associée à l'Hôpital juif de réadaptation et à la pharmacie satellite de Sainte-Dorothee où les médicaments à haut risque ne sont pas conformément identifiés). Afin d'optimiser la gestion des médicaments en pharmacie, l'établissement est invité à réévaluer la possibilité de diminuer la duplication de réserve pour un même médicament.

Les prescripteurs et les administrateurs de médicaments peuvent compter sur un «centre d'informations pharmaceutiques» géré par une pharmacienne, une pratique novatrice et exemplaire. En terminant, il faut souligner le déploiement important des cabinets automatisés décentralisés qui viennent encadrer et sécuriser les pratiques de gestion des médicaments.

La mise en place de ces nouveaux cabinets automatisés décentralisés appelle à une modification des pratiques cliniques, une gestion de changements permettrait d'assurer une meilleure pérennisation des processus cliniques. Une attention particulière devrait également être portée sur le flux de distribution afin de s'assurer d'optimiser l'heure de livraison des chariots (ex. : Les chariots sont envoyés à l'étage à 11 heures du matin, les départs sont planifiés en début d'après-midi, engendrant ainsi la présence d'une panoplie de médicaments non utilisés) et la conformité des chariots (ex. : plusieurs chariots sont retournés en pharmacie incomplets — absence de cassettes).

L'aire de réception des médicaments (magasin de la pharmacie) est sécurisée, claire et structurée. Les procédures sont limpides et l'étiquetage est conforme aux RPP. Une attention particulière devrait être portée à l'identification de l'armoire pour les gaz anesthésiants volatils et sur l'élimination des cartons au sol.

Les pharmacies d'unité de soins auraient avantage à être sécurisées, les portes sont généralement ouvertes et accessibles à tous. Les médicaments au commun sont bien rangés et disponibles. Les portes

généralement en plus grande quantité que ceux qui sont identifiés. La mise en place prochaine des chariots à double casier viendra sûrement diminuer les inventaires et diminuer les risques de présence de médicaments périmés. Les médicaments en multidoses (ex. : insuline, héparine) sont généralement laissés sur le comptoir de préparation.

Dans une perspective d'administration de médication, l'établissement est invité à revoir la mise en place des RPP auprès des équipes cliniques, et ce, plus particulièrement en milieu hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Après observation des pratiques, des écarts significatifs ont été notés dans l'observance des RPP.

À titre d'exemple, le déblistérage (désensachage) des médicaments avant d'aller à la chambre, l'absence de double vérification lors d'administration de médicament cytostatique dans le FADM, la signature du FADM avant l'administration des médicaments, la préparation des solutés à l'avance par une tierce personne que la personne qui administre, la non-identification de certains médicaments injectables, la non-surveillance en continu des médicaments injectables avant l'administration, la gestion non conforme des fioles multidoses de certains médicaments utilisés (ex. : insuline, héparine) et la gestion des médicaments périmés.

La RPP sur la gestion des échantillons gagnerait également à être revisitée en première ligne (gestion des échantillons, gestion de l'entreposage).

Une attention particulière devrait être également portée sur la gestion des narcotiques tant en ce qui concerne son entreposage dans la sécurisation de l'accès (gestion des clés) que dans son décompte. Lors de notre visite, plusieurs décomptes étaient non signés par deux personnes et plusieurs éléments (autre que des narcotiques) se trouvaient dans le coffre à narcotique (ex.: pansement, cigarette, pince...).

Afin de s'assurer de la pérennité de la mise en place des RPP, l'établissement est invité à mettre en place un système régulier d'audit et d'évaluation de la conformité.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|------------------|
| 10.1.2 | Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament. | Priorité élevée |
| 10.3.16 | L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes. | Priorité normale |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|-----------------|
| 10.4.3 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé. | POR |
| | 10.4.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé. | |
| 10.4.9 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'introduction de tout nouveaux dispositifs d'administration des médicaments. | Priorité élevée |
| 10.5.1 | Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments. | Priorité élevée |
| 10.5.4 | L'équipe de pharmacie assure un entreposage qui permet la distinction des médicaments d'apparence semblables, des noms semblables, et les médicaments de niveau d'alerte élevé. | Priorité élevée |
| 10.5.7 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure afin que l'usage des flacons multidoses soit limité dans les aires de soins. | Priorité élevée |
| 10.5.8 | Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments. | Priorité élevée |
| 10.7.1 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur la validation des ordonnances par l'équipe de pharmacie avant l'administration d'une première dose. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|------------------|
| 10.7.11 | L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales non stériles. | Priorité élevée |
| 10.8.3 | Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration. | Priorité élevée |
| 10.8.4 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour signaler à la pharmacie toutes préoccupations en ce qui a trait aux médicaments. | Priorité élevée |
| 10.9.2 | L'équipe de pharmacie distribue les médicaments en doses unitaires ou dans un emballage multidoses quotidien et les exclusions (p. ex., liquides, préparations topiques, antiacides, otiques ou ophtalmiques, flacons multidoses) sont précisées dans la procédure du département de pharmacie. | Priorité élevée |
| 10.9.4 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur l'utilisation sécuritaire des cabinets de distribution automatisés. | Priorité normale |
| 10.9.6 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'accès aux médicaments lorsque la pharmacie est fermée. | Priorité élevée |
| 10.9.11 | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|--------------------------|--|------------------------|
| 10.9.15 | Les équipes cliniques suivent la procédure pour l'administration d'un médicament. | Priorité élevée |
| 10.9.16 | Les équipes cliniques suivent la procédure pour la préparation d'un médicament injectable. | Priorité élevée |