



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}
CISSS de Laval

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 20 octobre 2023

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'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation 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'organisation 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.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet 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’Organisation 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 12 000 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).

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément 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 des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, 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.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

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 443 000 citoyens sur un territoire de 246 km². Certains volets de sa programmation ont une vocation suprarégionale.

L'enseignement universitaire est très 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.

Le CISSS de Laval comprend 32 installations et compte sur l'expertise de 13 000 employés et de 700 médecins, dentistes et pharmaciens.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Depuis longtemps, l'établissement a développé une culture de la qualité et compte de nombreuses initiatives d'amélioration continue qui ont été intégrées à la liste des projets organisationnels prioritaires. De plus, une vision de gestion intégrée des risques organisationnels a été mise en œuvre. Le traitement des événements indésirables est également bien structuré. L'établissement est très investi dans les soins centrés sur les personnes et l'utilisateur est impliqué dans les décisions liées à ses propres soins. En outre, le CISSS de Laval a réalisé de nombreuses initiatives visant à renforcer l'implication des usagers et des familles à tous les niveaux de l'organisation ; des moyens tels que la consultation, la participation et la co-construction avec ces derniers sont favorisées à travers l'établissement.

La structure implémentée par le CISSS facilite la continuité des trajectoires de services au sein de plusieurs programmes. Les équipes des divers programmes spécialisés en place investissent beaucoup d'efforts pour maintenir une continuité et une complémentarité tout au long de la trajectoire des services. D'autre part, une approche collaborative existe entre les médecins, le personnel de soins et les autres intervenants, et elle est la formule gagnante au sein des équipes. Les professionnels contribuent à la collaboration à l'extérieur de l'équipe, car ils établissent d'excellents liens avec les partenaires internes, externes et communautaires dans le but de favoriser le cheminement fluide de la clientèle. Un défi auquel les équipes sont de plus en plus confrontées est le multiculturalisme, qui exige des intervenants cliniques et des partenaires un certain ajustement des services et de nouvelles compétences d'intervention. Parmi les défis liés à la technologie et aux systèmes d'information, on retrouve l'harmonisation des systèmes de gestion de l'information, l'amélioration de l'infrastructure reliée à la télésanté et la mise en place du dossier médical électronique. Mettant en œuvre ces améliorations augmenterait l'efficacité et la qualité des services. Les différentes équipes respectent largement les pratiques organisationnelles requises. Toutefois, certains éléments sont à optimiser afin de se conformer aux pratiques dans certains secteurs, entre autres au niveau du bilan comparatif des médicaments, du transfert de l'information aux points de transition et de la prévention du suicide.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	97,3%	96,9%	92,3%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- Forte culture d'amélioration continue de la qualité et vision de gestion intégrée des risques.
- Équipe de prévention et contrôle des infections compétente et novatrice à l'égard de la qualité et la sécurité des services.
- Solide partenariat avec les usagers, les familles et les usagers-partenaires
- Continuité, complémentarité des services et effort d'optimisation du cheminement de la clientèle.
- Recherche et innovation.

Opportunités d'amélioration :

- Mettre en place un système de dossiers médicaux électroniques.
- Maximiser l'utilisation des stations visuelles pour partager l'information avec les équipes.
- Élaborer des plans d'intervention interdisciplinaire qui reflètent le travail collaboratif de l'équipe.
- Réduire le délai d'attente pour le premier rendez-vous après l'intervention au guichet Info-Santé/Info-Social.
- Atteindre la conformité à la pratique du bilan comparatif des médicaments lors des points de transition des soins dans les secteurs concernés.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

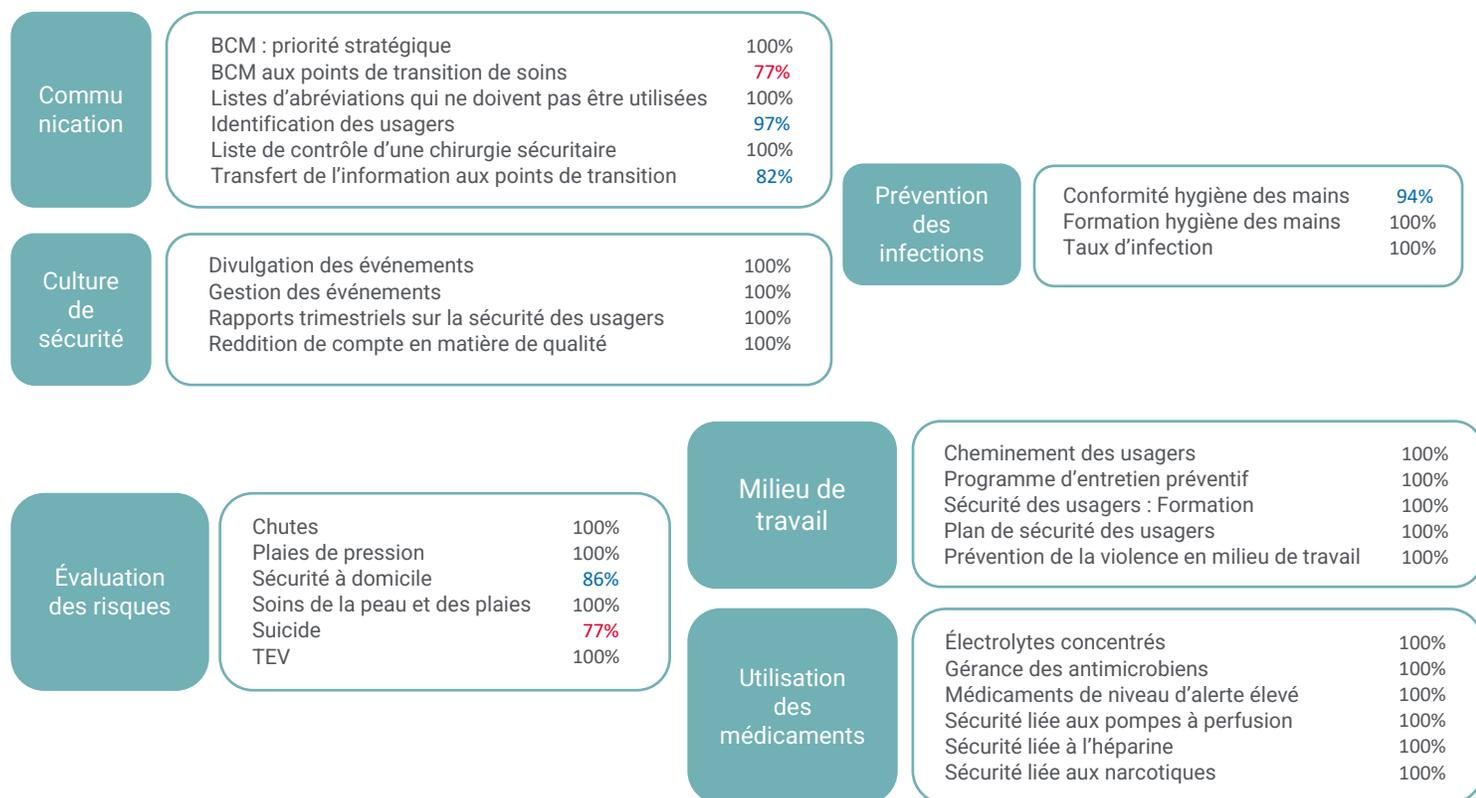


Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	12
Jeunesse	14
Santé mentale et dépendances	15
Santé physique.....	16
Services généraux.....	18
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)	19
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	21
Amélioration continue de la qualité.....	23
Évaluation des pratiques sécuritaires	23
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen	24
Conclusion.....	25
Annexes.....	26
Directives relatives à l'attribution de l'agrément	26
Classification des critères.....	27
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	29
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	30
Détails techniques du rapport.....	35

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée 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'organisation 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 pouvant 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 le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

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;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. 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.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

CISSS de Laval

Le statut d'agrément est :

Agréé

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

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.

Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	97	0	0	97
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	99,7%	303	1	6	310
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	93,7%	178	12	5	195
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	98,6%	72	1	3	76
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	94,5%	120	7	3	130
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	97,5%	1184	30	80	1294
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	96,4%	1271	48	105	1424
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	98,0%	1132	23	135	1290
Total	97,3%	4357	122	337	4816

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

Sommaire des POR de l'établissement

Total

263/285

POR Conforme

92%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	87%	90 / 104	20 / 26
	Identification des usagers	97%	31 / 32	31 / 32
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	6 / 6	1 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	93%	153 / 165	27 / 33
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	49 / 49	7 / 7
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	86%	30 / 35	6 / 7
	Prévention des plaies de pression	100%	40 / 40	8 / 8

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	91%	118 / 130	20 / 26
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	25 / 25	5 / 5
	Soins efficaces des plaies	100%	24 / 24	3 / 3
	Stratégie de prévention des chutes	100%	54 / 54	16 / 16
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	100%	224 / 224	28 / 28
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	95%	100 / 105	33 / 35
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	35 / 35	35 / 35
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	42 / 42	7 / 7
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	12 / 12	4 / 4
	Jeunesse	100%	12 / 12	4 / 4
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	15 / 15	5 / 5
	Santé physique	100%	36 / 36	12 / 12
	SAPA	67%	10 / 15	3 / 5
	Services généraux	100%	12 / 12	4 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	4 / 4	4 / 4
	Jeunesse	100%	4 / 4	4 / 4
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	12 / 12	12 / 12
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	4 / 4	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	91%	10 / 11	10 / 11
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	32 / 32	4 / 4
	Jeunesse	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé physique	100%	88 / 88	11 / 11
	SAPA	100%	40 / 40	5 / 5
	Services généraux	100%	16 / 16	2 / 2

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	85%	17 / 20	2 / 4
	Jeunesse	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	80%	4 / 5	0 / 1
	SAPA	68%	17 / 25	2 / 5
	Services généraux	100%	35 / 35	7 / 7
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	100%	9 / 9	2 / 2
	Jeunesse	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé physique	100%	21 / 21	7 / 7
	SAPA	100%	12 / 12	3 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	100%	20 / 20	4 / 4
	Jeunesse	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	78%	39 / 50	5 / 10
	SAPA	96%	24 / 25	4 / 5
	Services généraux	100%	25 / 25	5 / 5

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 6 janvier au 7 juin 2018

Nombre de répondants : 16

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



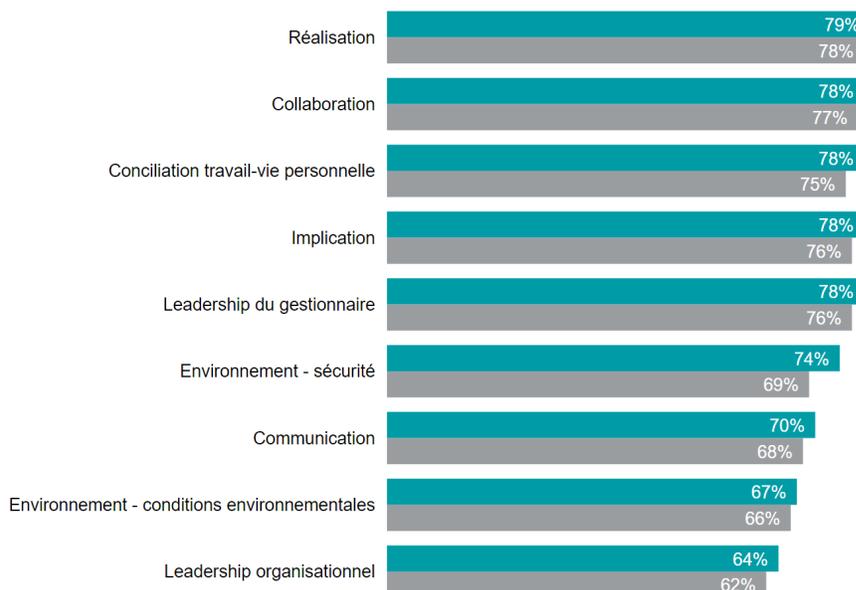
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 1 septembre au 31 janvier 2021

Nombre de répondants : 2960

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



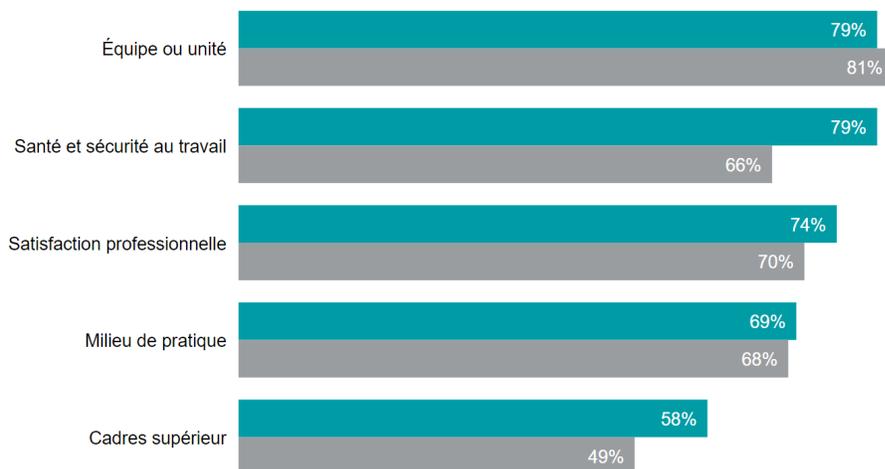
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 31 juillet au 31 janvier 2021

Nombre de répondants : 91

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



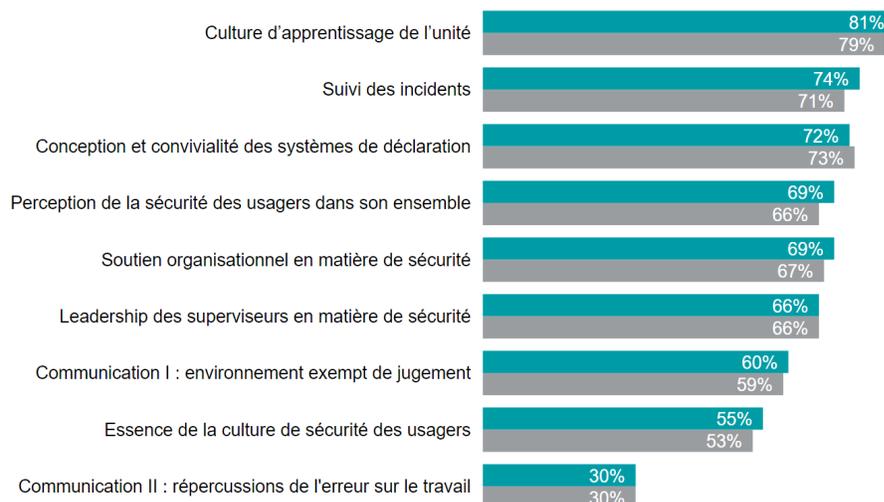
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 31 juillet au 31 janvier 2021

Nombre de répondants : 1415

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



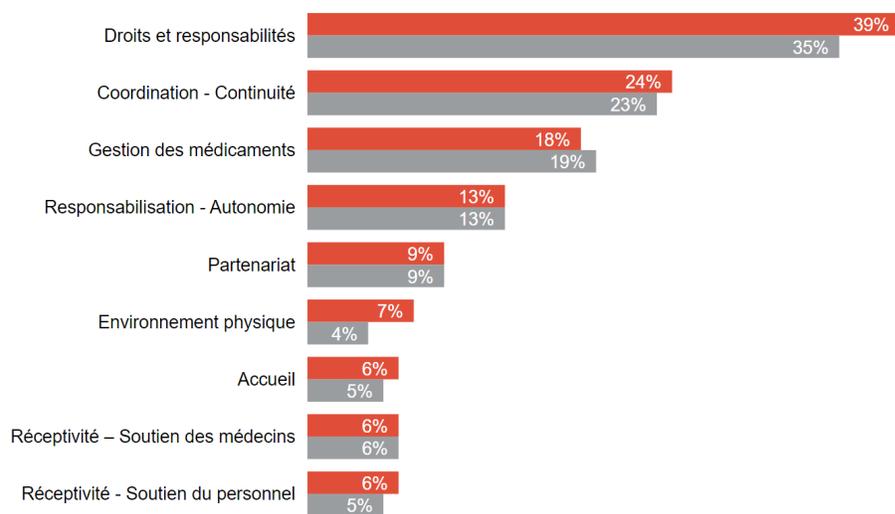
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 1752

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

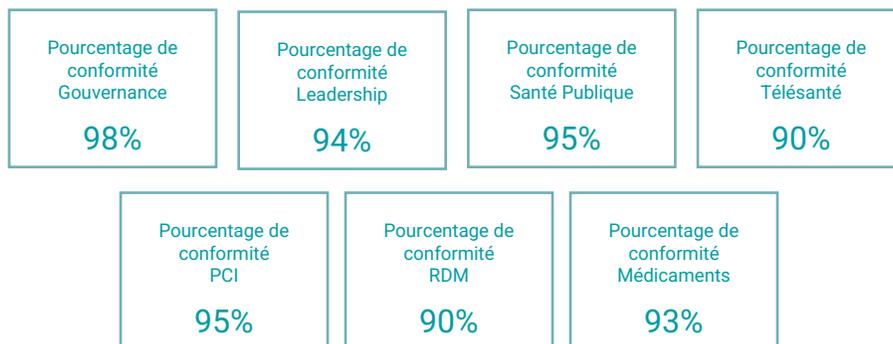
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	5	100%	0%	2	100%	0%	0	100%	0%	7
Leadership	99%	1%	5	98%	2%	4	100%	0%	1	99%	1%	10
Santé publique	99%	1%	2	98%	2%	4				98%	2%	6
Télésanté	75%	25%	0	86%	14%	0				79%	21%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	0	100%	0%	1	100%	0%	0	100%	0%	1
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	100%	0%	0	100%	0%	4				100%	0%	4
Gestion des médicaments	98%	2%	1	96%	4%	5	100%	0%	0	97%	3%	6
Total	97%	3%	13	98%	2%	20	100%	0%	1	97%	3%	34

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) Le conseil d'administration s'est impliqué dans le dernier exercice de planification stratégique, tout en respectant les orientations définies par le Ministère. Des mécanismes, tels que les salles de pilotage, permettent au conseil d'administration et à l'équipe de direction de veiller à l'alignement des opérations avec les priorités stratégiques du CISSS. L'établissement présente une saine situation financière. L'attribution des ressources financières pour les opérations et les immobilisations est soumise à un cycle rigoureux de planification. Conscients des défis budgétaires actuels et futurs, la direction des ressources financières vise à développer des expertises en analyse et en projections financières. Par ailleurs, la disponibilité de la main-d'œuvre représente un défi important pour l'organisation qui est constamment confrontée à des pénuries de différents titres d'emploi, entraînant le recours au temps supplémentaire et au personnel provenant d'agences. Un plan provisionnel de main-d'œuvre a été élaboré.

Une équipe expérimentée en pharmacie du CISSS a déjà un historique de collaboration étroite avec ses partenaires internes et externes. Des éléments à optimiser en lien avec la gestion des médicaments sont, entre autres, la gestion des équipements tels que les réfrigérateurs dans les unités de soins, le dossier du bilan comparatif des médicaments et les audits à mettre en place pour la vérification de la conformité aux pratiques organisationnelles. En outre, l'équipe de PCI est très compétente et entièrement dévouée à la qualité et à la sécurité des services. Il est à souligner que tous les membres de l'équipe médicale participent à la garde en PCI. L'équipe de PCI est encouragée à veiller à ce que tous les sites complètent les audits prévus pour vérifier la conformité générale aux politiques et procédures de la PCI. L'équipe des services de télésanté témoigne d'un solide engagement à formaliser la mise en place d'une structure. Toutefois, elle reconnaît que les infrastructures nécessaires au bon fonctionnement font défaut ; elle mentionne notamment l'absence de WiFi dans l'ensemble des installations du CISSS de Laval.

Jeunesse

Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2019) Au sein du programme-service jeunesse, une structure a été mise en place afin de faciliter l'accès des utilisateurs aux services. Les gestionnaires et les intervenants sont attentifs à ajuster et à améliorer la continuité des services pour assurer une trajectoire fluide. Il est important de noter que le partenariat avec les usagers et leurs proches est exceptionnel. Les partenaires de la communauté sont engagés dans la prestation de services. Néanmoins, il est recommandé de réexaminer régulièrement la pertinence de la participation de certains partenaires ainsi que les possibilités de regrouper les instances de concertation.

Santé mentale et dépendances

Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2019) Au sein du programme-service de santé mentale et dépendance, les équipes veillent à la qualité des services. Leur priorité est le rétablissement de la clientèle dans un environnement sécuritaire pendant l'épisode de soins internes ou dans le milieu de l'utilisateur. L'objectif ultime est de favoriser le cheminement de la clientèle afin que les services offerts répondent à leurs besoins personnels. L'ajout d'un pair aidant et de l'utilisateur-partenaire dans certaines équipes apporte une dimension humaine et l'espoir que le rétablissement est possible. Parmi les membres des équipes, une préoccupation pour l'évaluation des différents risques est observée. Cependant, il est difficile de retrouver la documentation spécifique aux risques dans le dossier de l'utilisateur, particulièrement pour le risque suicidaire et le risque à domicile.

Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Le cheminement optimisé et fluide de l'utilisateur demeure une préoccupation partagée par tous les intervenants du programme de santé physique. Il convient de souligner l'efficacité des acteurs opérationnels au quotidien, qui veillent à mettre en œuvre des mesures visant à désengorger l'urgence. D'autres exemples d'efficacité incluent les interventions de l'équipe interdisciplinaire en réadaptation pour adultes et aînées. Cette équipe a un impact direct sur l'accès aux services hospitaliers en diminuant la durée moyenne de séjour des usagers qui bénéficient de ces services. Par conséquent, il serait avantageux de diffuser ces résultats auprès des partenaires.

Sur les unités de soins, une approche collaborative entre médecins, personnel soignant et autres intervenants a été adoptée. Le défi réside dans l'élaboration de plans d'intervention interdisciplinaire qui reflètent cette collaboration déjà établie. Le processus de gestion des

médicaments est sécuritaire au sein des unités de soins, bien que la mise en place systématique d'un bilan comparatif des médicaments ne soit pas encore complet. De plus, l'instauration d'outils informatisés tel un dossier médical électronique favoriserait une plus grande sécurité et une meilleure qualité des soins.

Services généraux

Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) La cohésion des équipes cliniques des services généraux et leur engagement à offrir des services centrés sur l'utilisateur et sa famille sont des forces exprimées par les équipes. Il faut souligner l'excellent travail de collaboration entre les équipes du CISSS et leurs partenaires externes. L'implantation du guichet d'accès Info-Santé-Info-Social a permis aux équipes de mieux gérer la liste d'attente, tout en tenant compte des besoins de la clientèle et de l'urgence de l'intervention. Le grand défi demeure le délai d'attente pour obtenir le premier rendez-vous avec un intervenant; cette difficulté découle des nombreux postes demeurés vacants après l'affichage. L'établissement est invité à poursuivre sa démarche de recrutement des ressources. Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de l'expérience de l'utilisateur en collaboration avec les usagers et les intervenants.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Au sein des équipes des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, l'excellence des services et le souci constant de se centrer sur les besoins de la personne sont dignes de mention. La collaboration interprofessionnelle et celle avec les partenaires de la communauté facilite la possibilité de raccourcir la durée de séjour pour certaines clientèles. En ce qui a trait à la gestion des risques, l'établissement est encouragé à poursuivre l'utilisation des stations visuelles pour stimuler des échanges avec les intervenants

afin qu'ils contribuent aux changements cliniques et assure la mesure des résultats. L'encadrement médical et la présence de médecins traitants attirés à la clientèle hébergée DI-TSA sont à renforcer et à stabiliser, car les conditions cliniques des usagers nécessitent un suivi régulier. De plus, il apparaît important de se concentrer sur les listes d'attente, car les délais d'accès aux services constituent l'une des plus grandes insatisfactions chez les usagers et leurs proches.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Pour les équipes SAPA, offrir des soins centrés sur la personne implique de collaborer avec les usagers et les familles afin de prodiguer des soins respectueux, empreints de compassion et adaptés sur le plan culturel, tout en étant sensibles à leurs besoins. Un processus clairement documenté existe pour permettre aux usagers d'exprimer leurs insatisfactions ainsi que les aspects positifs. Les données recueillies grâce à des enquêtes sont rassemblées, analysées, et des plans d'action sont mis en place en vue d'améliorer les soins et services. Le programme est encouragé à communiquer les résultats aux usagers, aux familles et aux bénévoles. Une pratique organisationnelle a été évaluée comme étant non conforme : celle de

l'évaluation du risque de suicide au sein du service de courte durée pour la clientèle gériatrique. Bien que certaines démarches soient entreprises pour repérer les personnes à risque de suicide, elles ne sont pas suffisamment structurées et systématisées. L'équipe des soins palliatifs à domicile a récemment ajouté un poste de « veilleur de nuit » pour apporter un soutien aux familles de leurs proches au cours de leurs trois dernières nuits de vie, une pratique a partagée. Finalement, les médecins ne font pas encore partie intégrante des équipes. Il est recommandé que les médecins deviennent membres à part entière afin d'améliorer la qualité de ces services.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

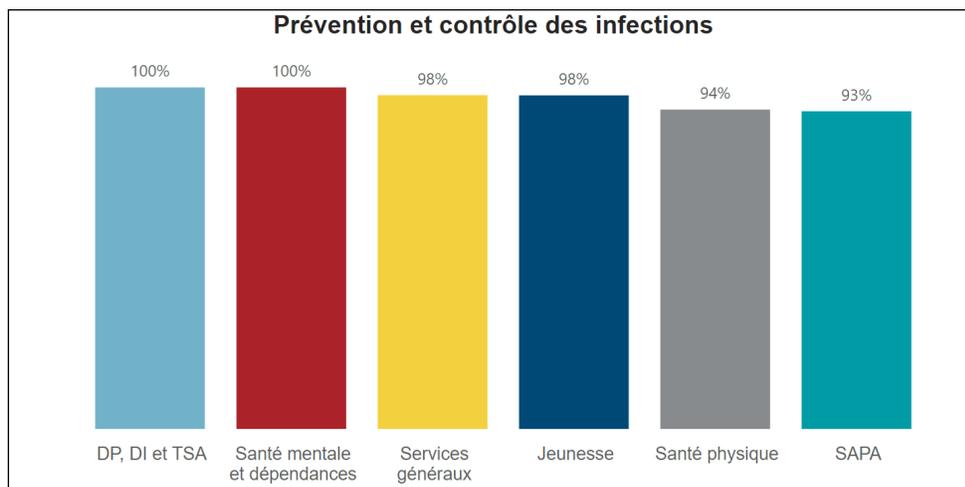
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

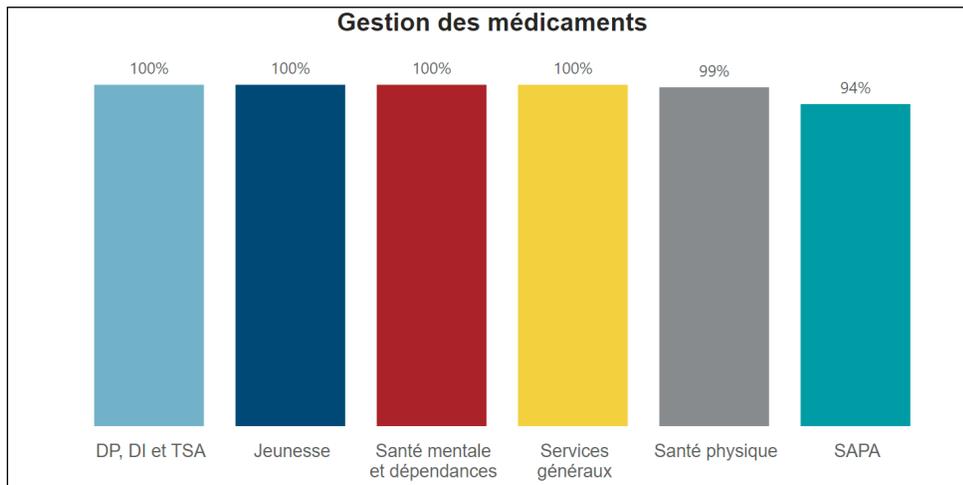
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

Au CISSS de Laval, il a été constaté qu'un plan intégré d'amélioration continue a été élaboré et mis en œuvre. Des initiatives de qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets au sein de l'organisme, notamment par le biais des stations visuelles. L'établissement est encouragé à maximiser l'utilisation des stations visuelles auprès des équipes de terrain afin de partager les informations sur les initiatives de qualité. Le cadre de gestion intégrée des risques inclut une démarche d'évaluation des risques organisationnels. Des mécanismes permettent d'identifier les risques, de les analyser, de les évaluer, d'y réagir, de les communiquer et de les surveiller. Ces processus sont bien structurés et connus par les membres du personnel, mais peu connus par les usagers et les familles. Il est recommandé que l'établissement sollicite la participation des usagers au programme de gestion de la qualité et des risques. L'organisation a développé depuis longtemps une expertise reconnue en matière d'éthique clinique. Diverses activités de formation sur l'éthique sont offertes au personnel et aux gestionnaires. Face à un grand nombre de consultations et au défi d'y répondre rapidement, l'établissement reconnaît l'importance de soutenir les équipes sur le terrain. Le CISSS de Laval a adopté une politique sur le partenariat de soins avec les usagers et les familles. Un projet d'évaluation de ce partenariat, avec la contribution des usagers et des familles, a été réalisé. Il a permis à l'établissement de faire le point sur les acquis et de dégager des pistes d'amélioration à prioriser. De plus, des indicateurs cibles permettent de surveiller le niveau de déploiement de ce partenariat en soins. Différents types de formations relatives à l'approche collaborative sont offerts aux usagers partenaires.

Pour conclure, il a été remarqué que l'organisation s'inscrit solidement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà des pratiques actuelles, ce qui l'aidera à viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques et à exceller dans l'obtention d'un niveau supérieur de qualité des services.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	6 au 10 mai 2019
Séquence 1	Leadership	6 au 10 mai 2019
Séquence 1	Santé publique	6 au 10 mai 2019
Séquence 1	PCI	6 au 10 mai 2019
Séquence 1	RDM	6 au 10 mai 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	6 au 10 mai 2019
Séquence 2	Jeunesse	6 au 10 mai 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	6 au 10 mai 2019
Séquence 3	Santé physique	9 au 12 mai 2022
Séquence 3	Services généraux	9 au 12 mai 2022
Séquence 3	Télésanté	9 au 12 mai 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	23 au 27 janvier 2023
Séquence 5	SAPA	23 au 27 janvier 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 800 Chomedey, Tour A ▪ Centre administratif et centre ambulatoire ▪ Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean ▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse avenue Laval ▪ Centre de réadaptation en dépendance Bienville ▪ Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Cartier ▪ Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Laval ▪ CLSC et GMFU du Marigot ▪ CLSC du Marigot (boul. Cartier)
Leadership	Oui	
Santé Publique	Oui	
Prévention et contrôle des infections	Oui	
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	
Gestion des médicaments	Oui	

--	--

<ul style="list-style-type: none"> Jewish Rehabilitation Hospital / Hôpital juif de réadaptation

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Jeunesse)	Oui
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui
Services de sage-femme et maisons de naissance	Non
Services pour jeunes en difficulté	Oui
Services pour la protection de la jeunesse	Oui
Services pour la santé mentale en communauté	Oui
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Non
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Oui
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui
Services d'urgences psychiatriques	Oui
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui
Services de santé mentale (usagers admis)	Oui
Services de dépendances (usagers admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Laval Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse avenue Laval Centre de réadaptation e dépendance Bienville Centre de réadaptation e dépendance Laval Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation Cartier Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation Laval Centre de services ambulatoires en santé mentale René-Laennec CLSC de l'Ouest-de-l'Île CLSC de Sainte-Rose CLSC du Ruisseau-Papineau – 800 Chomedey CLSC du Marigot (boul. Cartier) Foyer du groupe 15^e Rue Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Oui
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Oui
Services de consultation sociale ou psychologique	Non
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Oui
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui
Service Info-Santé	Oui
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de services ambulatoires de Laval ▪ CLSC de l'Ouest-de-l'Île ▪ CLSC des Mille-Iles ▪ CLSC du Ruisseau-Papineau ▪ CLSC et CHSLD Idola St-Jean ▪ CLSC et CHSLD de Sainte-Rose ▪ GMF universitaire Laval ▪ Hôpital de la Cité-de-la-Santé ▪ Vieux Moulin

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Boulevard Sainte-Rose ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Laval ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Louise-Vachon ▪ CLSC et CHSLD Sainte-Rose ▪ Hôpital juif de réadaptation

Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Oui
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre d'hébergement Fernand-Larocque ▪ Centre d'hébergement la Pinière ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Laval ▪ Centre de services ambulatoires de Laval ▪ CHSLD Ste-Dorothée ▪ CLSC et centre de services ambulatoires Chomedey – Tour B ▪ CLSC et CHSLD Idola St-Jean ▪ CLSC et CHSLD de Sainte-Rose ▪ Hôpital de la Cité-de-la-Santé ▪ Hôpital juif de réadaptation

Soins palliatifs et de fin de vie	Oui
-----------------------------------	-----

--

Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.