



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Laval, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 janvier 2023

Date de production du rapport : 9 mars 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en janvier 2023. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	12
Commentaires de l'organisme	13
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	15
Résultats détaillés de la visite	16
Résultats pour les manuels d'évaluation	17
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	17
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	21
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	23
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	25
Annexe A - Programme Qmentum	26

Sommaire

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

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

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 janvier 2023**

- **Emplacements**

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

1. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Boulevard Sainte-Rose
2. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Laval
3. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Louise-Vachon
4. CIUSSS de Laval
5. CLSC et CHSLD Sainte-Rose
6. Hôpital juif de réadaptation

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	37	0	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	115	5	0	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	151	2	4	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	27	0	0	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	109	2	1	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	450	10	5	465

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	76 (97,4%)	2 (2,6%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	41 (100,0%)	0 (0,0%)	5	70 (98,6%)	1 (1,4%)	5

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	0	94 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	37 (100,0%)	0 (0,0%)	0	58 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	166 (96,5%)	6 (3,5%)	0	253 (99,6%)	1 (0,4%)	5	419 (98,4%)	7 (1,6%)	5
Total	166 (96,5%)	6 (3,5%)	0	253 (99,6%)	1 (0,4%)	5	419 (98,4%)	7 (1,6%)	5

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	6 sur 6

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Tous les intervenants rencontrés en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP/DI-TSA) démontrent de la passion, de la rigueur et de la flexibilité envers les usagers et les familles. L'excellence des services et le souci constant de se centrer sur les besoins de la personne sont dignes de mention. La collaboration interprofessionnelle interne et avec les partenaires dans la communauté facilite la possibilité d'écourter la durée de séjour pour certaines clientèles. Il convient de citer, par exemple, le programme de congé précoce assisté pour la clientèle ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) et en orthopédie.

En ce qui a trait à la gestion intégrale de la qualité et 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 qui améliorent la sécurité des usagers et la mesure des résultats. La voix de l'utilisateur dans les pratiques est encouragée et l'établissement a amélioré des services en fonction de leur point de vue.

En ce qui a trait aux programmes en déficience physique pour les usagers admis et inscrits, plusieurs projets cliniques ont été qualifiés de novateurs. La recherche clinique est intégrée dans les pratiques et ceci encourage les intervenants à s'impliquer dans la recherche.

Le dossier de l'utilisateur étant encore en format hybride (papier électronique) constitue une barrière importante au développement de la pratique, de la recherche et de la formation. L'établissement est encouragé à se positionner afin que les dossiers médicaux électroniques soient la seule modalité de saisie de données.

L'encadrement médical et la présence d'un médecin traitant attiré à la clientèle hébergée DI-TSA est à renforcer et à stabiliser. Les conditions cliniques des usagers nécessitent un suivi régulier.

Il apparaît important de se concentrer sur les listes d'attente dont les délais d'accès à des services constituent l'une des plus grandes insatisfactions chez les usagers et leurs proches. La dotation efficace des structures de poste est sans doute un préalable important pour accroître l'accessibilité aux soins et aux services.

Commentaires de l'organisme

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

Les programmes DI-TSA-DP et SAPA ont reçu la visite d'Agrément Canada du 23 au 27 janvier 2023. Il est à souligner que cette visite était une première expérience pour plusieurs nouveaux gestionnaires ainsi que pour les équipes de DI-TSA qui se sont approprié avec brio cette démarche d'amélioration continue.

C'est avec une grande fierté que nous avons accueilli les résultats sommaires de cette évaluation lors de la séance synthèse du vendredi. En attendant le rapport complet, nous prenons connaissance des premiers constats et bons coups émis par les visiteurs dont, notamment :

- L'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches?;
- La résilience, l'engagement et l'approche collaborative dont fait preuve le personnel, les bénévoles et les médecins?;
- La reconnaissance du CISSS de Laval comme une organisation apprenante?;
- La collaboration dynamique avec les multiples partenaires de la communauté?;
- L'importance des mécanismes en place pour assurer la gestion efficace du cheminement de la clientèle et les initiatives déployées, dont la révision de la gamme de service (trajectoire intégrée) en DI-TSA-DP et les services de l'équipe SIAD ;
- L'esprit novateur et l'approche basée sur les données probantes de plusieurs équipes qui se sont distinguées.

Il est essentiel de souligner la motivation des équipes à appliquer les meilleures pratiques qui se traduit par une conformité à 9 des 14 pratiques organisationnelles requises (POR) qui ont été évaluées et une conformité de 96.9 % des 918 critères évalués pour les deux programmes clientèle.

Ces résultats témoignent de la qualité du travail, des compétences, de la détermination et de l'engagement de l'ensemble des personnes œuvrant au CISSS de Laval.

Évidemment, quelques défis et zones de fragilité ont été identifiés. C'est l'occasion pour nous de poursuivre nos efforts, s'améliorer et travailler dans les prochains mois à les relever. Pensons entre autres aux efforts que nous poursuivrons pour innover et pallier à la pénurie de main-d'œuvre, au déploiement des stations visuelles, au déploiement du bilan comparatif des médicaments, à la bonification du repérage des usagers à risque de suicide et à la reprise des exercices de simulation des mesures d'urgence, incluant les codes cliniques.

Cette visite clôturait le cycle 1 d'Agrément Canada pour le CISSS de Laval. L'ensemble des constats et résultats de ce cycle seront des leviers et des éléments incontournables pour la planification stratégique 2023-2027 et la préparation au cycle 2 d'agrément.

C'est avec enthousiasme qu'avec l'ensemble des équipes, nous poursuivrons l'évaluation et l'amélioration continue des pratiques afin de démontrer, encore et toujours, que nous sommes une organisation Digne de confiance, à chaque instant.

M. Jean-Philippe Cotton, président-directeur général et de Mme Geneviève Bélanger-Jasmin, directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.43 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.30
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.22 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

L'excellence des services au niveau de la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme (DP, DI-TSA) a été évaluée lors de la visite d'agrément au Centre intégré de soins et de services sociaux (CISSS) de Laval. Cette organisation dynamique et engagée suit un plan stratégique (PS) intégré avec des buts et des objectifs qui concordent avec le PS. Par exemple, les soins centrés sur la personne constituent une priorité organisationnelle qui s'opérationnalise par divers moyens, dont une révision de la gamme de service, un congé précoce assisté, un programme d'intégration des usagers partenaires, pour en citer quelques-uns. Les programmes de soins sont fondés sur des modèles de pratiques exemplaires et sur des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Au regard de la satisfaction de la clientèle, il existe un processus clair et documenté pour permettre à un usager d'exprimer une plainte et un compliment. Les usagers sont également invités à remplir un questionnaire de satisfaction qui, une fois revu, engendre des actions pour améliorer la qualité des soins et services. À titre d'exemple, une amélioration de la température des repas et une atténuation du bruit sur les unités de soins ont été implantées à la suite des recommandations formulées. L'établissement est encouragé à poursuivre les efforts pour solliciter le point de vue des usagers sous différentes formes.

En ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et à la gestion des risques, l'établissement dispose de divers mécanismes tels qu'un plan d'amélioration de la qualité, des pratiques organisationnelles requises, des audits cliniques et administratifs. Ces processus sont bien structurés et connus par les membres du personnel, mais peu connus par les usagers et les familles. L'établissement est encouragé à solliciter l'implication des usagers dans leur programme de gestion de la qualité et des risques.

Au CISSS de Laval, la collaboration interprofessionnelle est évidente et contribue à promouvoir un excellent environnement de travail. Les membres des équipes de soins et de service ont exprimé le soutien continu qu'ils reçoivent de leurs chefs et apprécient les nombreux échanges et la qualité de l'information qui leur est communiquée. Par ailleurs, l'établissement priorise le perfectionnement professionnel qui est grandement apprécié par les membres des équipes comme étant motivant et une source de rétention au CISSS. Une préoccupation exprimée par l'équipe de direction concerne la pénurie de la main-d'œuvre et plusieurs stratégies sont mises en place pour attirer et maintenir le personnel telles que leur reconnaissance au quotidien, la Place aux mercis, une charge de travail qui assure leur sécurité, une reconnaissance pour les années de service, l'équilibre entre le travail et la vie privée du personnel et la création d'un environnement de travail positif.

Les échanges avec les partenaires du réseau de la santé et de la communauté ont mis en relief la grande collaboration qui existe avec le CISSS de Laval. Divers liens ont été établis permettant de développer des mécanismes de résolution de problèmes afin d'assurer un soutien pour l'utilisateur et sa famille.

L'établissement dispose d'un cadre conceptuel d'éthique. Celui-ci n'est pas bien connu par tous les membres des équipes. L'établissement est encouragé à augmenter la visibilité du cadre d'éthique et à soutenir les intervenants qui font face à des dilemmes éthiques au travail.

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	
2.1.26 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	

Usagers inscrits

Les services suivants ont fait l'objet de la visite : services à domicile, traumatisme crânien, blessés médullaires, amputés, pédiatrie, déficience motrice et langagière.

Des équipes passionnées, flexibles et engagées ont été rencontrées. Tous les intervenants ont fait preuve de rigueur et d'excellence afin de fournir aux usagers et à leur famille des soins et des services de qualité fondés sur des pratiques exemplaires.

En soins à domicile, les intervenants visitent en moyenne 5-6 usagers par jour et assurent un service de garde environ cinq fois par année. Dans une perspective de sécurité, de qualité et de satisfaction de la clientèle, les usagers peuvent bénéficier d'un intervenant à domicile jusqu'à minuit 7 jours par semaine. En dehors de ces heures, les usagers contactent au besoin la personne-ressource qui leur est affectée; celle-ci les assiste et répond à leurs besoins. Bravo à l'établissement pour cette initiative! Par ailleurs, dans un contexte de visite à domicile, les propos échangés et les observations faites ont provoqué une réflexion sur le rôle des cliniciens dans l'ensemble des interventions concernant les soins. L'établissement est encouragé à revoir le rôle des intervenants en ce qui a trait aux soins de base.

À l'Hôpital juif de réadaptation (HJR), plusieurs projets novateurs ont été mis en place depuis quelques années notamment, le programme d'adaptation à la douleur chronique, les causeries avec les blessés médullaires, une communauté de pratique pour les amputés de membres inférieurs, un programme centré sur la déficience au niveau du langage, un programme de déficience moteur. En ce qui a trait à l'information contenue aux dossiers des usagers au HJR, l'absence de WIFI constitue une barrière importante pour l'accès à l'information.

Par ailleurs, plusieurs outils en mode papier rendent difficile la coordination de l'information et cet enjeu est un risque pour l'utilisateur. Afin d'assurer la qualité des notes aux dossiers et la justesse des informations, il est recommandé de mettre en place des audits sur la tenue de dossiers.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité, des indicateurs de qualité et des mesures de performance sont discutés avec les intervenants et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations. Par exemple, l'efficacité au niveau de la communication, l'évaluation des risques en matière de sécurité, l'hygiène des mains et l'information sur les pratiques de soins de base. L'établissement est encouragé à poursuivre les efforts et à identifier des objectifs à atteindre en lien avec ces pratiques. La participation des usagers dans cette démarche est encouragée.

En ce qui a trait aux droits et aux responsabilités des usagers, ceux-ci auraient avantage à les connaître. L'établissement est encouragé à assurer que les mécanismes sont en place pour que les usagers connaissent leurs droits et responsabilités.

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	
3.1.26 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.43.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	POR
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	

Hôpital juif de réadaptation (HJR)

Patients admis.

Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en déficience physique et santé physique à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) ont fait l'objet de la visite d'agrément. Durant les rencontres, il a été noté que toutes les équipes travaillent en étroite collaboration et mettent l'utilisateur et les familles au cœur de leur préoccupation. À titre d'exemple, des efforts importants ont été déployés pour écourter la durée de l'hospitalisation pour la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). En effet, le congé précoce assisté est une approche novatrice conçue pour que l'hospitalisation de l'utilisateur soit écourtée afin qu'il retourne le plus tôt possible dans le confort de son domicile. Grâce à une collaboration interprofessionnelle dans le cadre de ce programme, les lits sont occupés par des usagers qui requièrent des soins et des services intenses, ce qui permet une plus grande fluidité dans la gestion des lits.

Par ailleurs, l'unité AVC est fière d'avoir obtenu en 2021 la Distinction-AVC d'Agrément Canada pour la qualité de son programme. Félicitations à toute l'équipe!

Une culture de recherche, de qualité et de sécurité est intégrée dans la prestation des services et des soins. L'HJR a mis en place des initiatives de recherche. Grâce au soutien organisationnel, un membre de l'équipe de soins est libéré un jour par semaine pour travailler sur des projets de recherche.

Des indicateurs de qualité et des mesures de performance sont discutés avec les intervenants et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations. Des stations visuelles conçues pour la promotion de la qualité des soins ont été créées, mais elles ne sont pas utilisées.

Compte tenu de l'importance d'impliquer tous les intervenants dans une démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement est encouragé à réfléchir sur la valeur ajoutée des stations visuelles et à penser à les réintroduire dans les pratiques.

Le modèle des « 4P » (Possession, Potty, Pain and Position) sert de guide d'intervention et aide les préposés à prévenir la présence de plaies par pression chez l'utilisateur. Des échanges sur la prévention des chutes, la qualité des communications, l'hygiène des mains et le bilan comparatif des médicaments ont eu lieu. Une discussion sur l'autogestion des médicaments a révélé que cette pratique n'est pas en place. Afin d'encourager l'utilisateur à se prendre en charge et d'optimiser la planification de son congé, l'établissement est encouragé à revoir cette pratique. Également, en ce qui a trait à la prévention du suicide, il a été noté que les usagers à risque ne sont pas systématiquement identifiés dans une perspective de prévention. L'outil pour dépister le risque de suicide aurait avantage à être appliqué à tous les usagers admis. Enfin, afin d'être apte à intervenir rapidement dans une situation d'urgence, des simulations de code bleu devraient être planifiées à intervalles régulières.

Des rencontres avec les usagers et les familles ont démontré que ceux-ci étaient impliqués dans la prise de décisions concernant leurs soins; par exemple, une usagère a indiqué au préposé que son traitement de physiothérapie avait lieu plus tard dans la journée.

En ce qui a trait à la documentation, le dossier de l'utilisateur est en format hybride. Certaines notes au dossier de l'utilisateur sont en format papier et d'autres sont en format électronique. Une documentation en mode hybride peut entraîner une redondance d'informations et de la confusion, ce qui pose un risque susceptible d'affecter l'utilisateur. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts pour assurer une documentation standardisée et sécuritaire.

Enfin, toujours dans une perspective de sécurité, l'établissement est encouragé à résoudre l'important encombrement des lieux.

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	
<p>4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>4.1.7.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.</p> <p>4.1.7.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.</p> <p>4.1.7.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.</p> <p>4.1.7.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.</p> <p>4.1.7.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.</p>	
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	

Les services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme sont offerts par une équipe interdisciplinaire experte dans son domaine clinique. Bien que l'expertise soit consolidée, la direction demeure soucieuse d'accueillir les nouveaux intervenants avec un programme d'intégration favorisant les apprentissages. De plus, des actions favorisant la rétention de la main-d'œuvre sont mises de l'avant.

L'enjeu de la pénurie affecte la capacité de l'équipe à rendre les services et les impacts se ressentent dans les listes d'attente et donc, d'importants délais avant d'obtenir les services.

La direction a procédé à une transformation de ses programmes en réorganisant son offre de service. L'actualisation de cette transformation est prévue en février 2023 et a pour objectif principal, entre autres, d'offrir des services et des soins à partir des besoins de l'utilisateur et non à partir d'un diagnostic qui, bien souvent, nécessite de longs délais. Bien que cette transformation génère une certaine anxiété auprès des intervenants, tous semblent convaincus de la pertinence d'actualiser le tout.

Les usagers ou leurs proches ont pu témoigner d'un haut niveau de satisfaction lorsqu'ils parviennent à avoir accès aux services. La principale piste d'amélioration nommée est d'avoir une stabilité de l'intervenant assigné au dossier.

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)

Les usagers hébergés, logés au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Louise-Vachon bénéficient d'une équipe interdisciplinaire engagée dont les soins sont centrés sur les usagers et leurs proches.

Les usagers présentant un trouble grave du comportement (TGC) cohabitent dans un environnement hautement sécurisé afin d'assurer leur protection et celle des intervenants.

Une seconde unité visitée accueille des usagers présentant une déficience intellectuelle (DI); ceux-ci sont hébergés pour des soins de longue durée. L'environnement du milieu de vie gagnera à être rénové et décoré afin d'égayer les espaces de vie.

La qualité des soins est coordonnée par une infirmière clinicienne hautement qualifiée et engagée. Elle est soutenue par une équipe d'intervenants tout aussi engagée.

Il importe de souligner que les soins sont centrés sur les usagers. L'implication des familles et des proches est encouragée, bien que plusieurs usagers soient sous la protection du curateur public.

La disponibilité d'un médecin traitant pour les usagers présente un défi de taille qu'il faudra résoudre afin d'assurer de manière diligente les suivis médicaux.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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