



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Laval, QC

**Séquence 2**

Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 mai 2019

Date de production du rapport : 6 juin 2019

## 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 mai 2019. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
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	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	18
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>20</b>
Résultats pour les manuels d'évaluation	21
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	21
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	23
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	25
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse	27
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	29
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	30
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	32
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	34
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	36
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)	38
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis)	40
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>42</b>

## 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 : 5 au 10 mai 2019**

- **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 PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE DE LAVAL
2. Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse avenue Laval
3. Centre de réadaptation en dépendance Bienville
4. Centre de réadaptation en dépendance de Laval
5. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Cartier
6. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Laval
7. Centre de services ambulatoires en santé mentale René-Laennec
8. CLSC de l'ouest de l'île
9. CLSC de Sainte-Rose
10. CLSC du Ruisseau-Papineau- 800 Chomedey
11. CSLC du Marigot (boul. Cartier)
12. Foyer de groupe 15e Rue
13. Hôpital de la Cité-de-la-Santé









- **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. Jeunesse
2. Santé mentale et dépendances

## 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.)	24	0	0	24
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	96	1	0	97
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	279	3	28	310
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	17	2	0	19
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	319	5	34	358
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	53	5	1	59
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	256	3	18	277
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
<b>Total</b>	<b>1048</b>	<b>19</b>	<b>81</b>	<b>1148</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Jeunesse</b>									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	55 (96,5%)	2 (3,5%)	0	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0	109 (98,2%)	2 (1,8%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	43 (100,0%)	0 (0,0%)	9	56 (100,0%)	0 (0,0%)	6	99 (100,0%)	0 (0,0%)	15

Manuel d'évaluation(s) 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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse	48 (98,0%)	1 (2,0%)	2	49 (100,0%)	0 (0,0%)	0	97 (99,0%)	1 (1,0%)	2
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	20 (100,0%)	0 (0,0%)	13	59 (100,0%)	0 (0,0%)	6	79 (100,0%)	0 (0,0%)	19
<b>Total</b>	204 (97,6%)	5 (2,4%)	24	266 (100,0%)	0 (0,0%)	12	470 (98,9%)	5 (1,1%)	36
<b>Santé mentale et dépendances</b>									
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	46 (97,9%)	1 (2,1%)	1	85 (97,7%)	2 (2,3%)	1
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	57 (100,0%)	0 (0,0%)	5	89 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	50 (94,3%)	3 (5,7%)	5	96 (95,0%)	5 (5,0%)	5



Manuel d'évaluation(s) 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 - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	32 (97,0%)	1 (3,0%)	0	40 (97,6%)	1 (2,4%)	5	72 (97,3%)	2 (2,7%)	5
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)	29 (100,0%)	0 (0,0%)	5	60 (98,4%)	1 (1,6%)	6	89 (98,9%)	1 (1,1%)	11
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	3	40 (90,9%)	4 (9,1%)	12	75 (94,9%)	4 (5,1%)	15
<b>Total</b>	213 (98,2%)	4 (1,8%)	32	293 (96,7%)	10 (3,3%)	34	506 (97,3%)	14 (2,7%)	42
<b>Total</b>	417 (97,9%)	9 (2,1%)	32	559 (98,2%)	10 (1,8%)	46	976 (98,1%)	19 (1,9%)	78

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval offre à la population de son territoire (400,000 personnes) un ensemble de services sociaux et de santé. Certains volets de sa programmation ont une vocation suprarégionale. L'établissement regroupe 32 installations et opère entre autres, 621 lits d'hospitalisation et 751 lits d'hébergement. Le CISSS de Laval compte plus de 10,000 employés, 740 membres du CMDP et 700 bénévoles. Il accueille plus de 3070 étudiants et stagiaires par année. L'établissement est affilié avec l'Université de Montréal et l'Université McGill. L'enseignement universitaire est très développé et de nombreuses activités de recherche sont réalisées dans une optique d'amélioration des pratiques. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 900 millions de dollars.

La visite d'agrément du 5 au 10 mai 2019 porte sur la séquence 2 du cycle d'agrément de 5 ans, comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les activités évaluées lors de la présente visite concernent les programmes-services jeunesse, santé mentale et dépendances.

Au sein du programme-services jeunesse

Volet : Jeunes en difficulté et protection de la jeunesse

La structure qui a été mise en place par l'établissement favorise la continuité des trajectoires de services au sein du programme. De plus, tous les gestionnaires et intervenants rencontrés se sont montrés sensibles à ajuster et à améliorer la continuité des services à l'intérieur du programme, mais également entre les programmes. Nous suggérons de conserver ce souci de continuité et de poursuivre les efforts d'amélioration en ce sens. Les partenaires de la communauté sont impliqués dans l'offre de services. Nous suggérons tout de même de réexaminer régulièrement la pertinence de la participation et les regroupements possibles des instances de concertation.

La direction et le personnel comprennent bien l'importance de la gestion de la qualité et des risques au quotidien. Un effort soutenu est mis en ce sens pour que tous les employés et les partenaires participent à cette gestion. Nous suggérons de poursuivre les efforts en lien avec la compréhension et la promotion de la déclaration des incidents afin d'améliorer les résultats. De plus, il importe de s'assurer que tous les retours aux équipes par les biais des stations visuelles sont faits notamment dans le but de diffuser les moyens mis en place pour éviter la récurrence des accidents. Il est aussi important de conserver la flexibilité de changer les moyens retenus dans les plans d'action quand les résultats ne reflètent pas les changements souhaités. Le partenariat avec les usagers et leurs proches est exceptionnel. Nous encourageons la direction à poursuivre en ce sens. La direction a le souci de se conformer entièrement aux pratiques organisationnelles requises. Nous les félicitons pour tout le travail effectué et nous les encourageons à poursuivre.

Au sein du programme-services jeunesse

Volet : Obstétrique et périnatalité

La continuité des trajectoires de soins et services en obstétrique et périnatalité est fluide et sans à-coups. Le processus est transparent pour l'usagère. Les liens avec les autres partenaires de l'offre de service sont solides

processus est transparent pour l'utilisateur. Les liens avec les autres partenaires de l'offre de service sont solides et amicaux. Tous les membres de l'équipe participent à la gestion de la qualité et des risques et les processus mis en place sont satisfaisants. À titre d'exemple, la gestion des risques est un point statutaire aux réunions de service tenues aux huit semaines. Un partenariat est tissé avec les usagers. Elles sont présentes sur différents comités qui se réunissent régulièrement. Le personnel les accueille avec plaisir et reconnaît l'utilité de leurs interventions. Toutes les pratiques organisationnelles requises sont rencontrées dans ce secteur d'activité. Toutefois, le bilan comparatif des médicaments devrait être plus rigoureux en ce qui concerne la réconciliation.

### Au sein du programme-services jeunes santé mentale et dépendances

Un continuum de services en santé mentale adulte a été développé pour répondre aux différents besoins de la clientèle. Différents programmes spécialisés sont en place et misent sur la continuité et la complémentarité des services offerts. L'équipe a tissé d'excellents liens de collaboration avec les partenaires internes, externes et communautaires. L'objectif est de favoriser le cheminement de la clientèle afin que les services offerts répondent aux besoins personnels des usagers. Les différentes équipes sont de plus en plus confrontées avec le multiculturalisme qui exige des intervenants cliniques et des partenaires un certain ajustement des services et de nouvelles compétences d'interventions.

Les personnes rencontrées se sont montrées très sensibles à la qualité des services. Leur primauté vise le rétablissement de la clientèle dans un environnement sécuritaire pendant l'épisode de soins internes ou dans le milieu de l'utilisateur. Les usagers se disent satisfaits des services obtenus par du personnel compétent qui basent leurs activités sur les meilleures pratiques cliniques. Certaines équipes ont obtenu des prix de reconnaissance pour la qualité de leur pratique, leur créativité et leur esprit novateur.

Les professionnels se considèrent au service des usagers et de leurs familles ou proches. Leur raison d'être est d'offrir un service personnalisé adapté à chaque réalité des usagers. L'ajout du pair aidant et de l'utilisateur partenaire dans certaines équipes cliniques apporte une dimension humaine et l'espoir que le rétablissement est possible.

Les différentes équipes ont un taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises très élevé. Notons particulièrement l'implantation du bilan comparatif des médicaments qui est bien intégrée dans l'ensemble de la direction. Une préoccupation pour l'évaluation des différents risques est observée. Cependant, il est difficile de retrouver la documentation spécifique au dossier de l'utilisateur surtout pour le risque suicidaire et les risques à domicile.

### En conclusion

L'équipe des visiteurs d'Agrément Canada a constaté dans les domaines évalués (programmes jeunesse, santé mentale et dépendances) que l'organisation s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà de pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

## 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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 : Excellence des services</b>	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 : Excellence des services</b>	

La direction du programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse planifient et mettent en place les soins et les services en impliquant les usagers et les familles le plus souvent possible et par des moyens diversifiés. De plus, les partenaires internes et externes sont impliqués à travers différents moyens notamment des tables de concertation.

L'espace physique est planifié et conçu avec les usagers et les familles. Nous avons pu constater l'apport des usagers et des familles ainsi que la contribution des comités des usagers et des résidents à l'amélioration des espaces physiques notamment dans l'aménagement des salles de visites supervisées et des unités d'hébergement ainsi que dans les nouveaux locaux notamment ceux du Passage et de Aire ouverte. Nous encourageons l'établissement à poursuivre les plans de transformation des installations afin d'améliorer notamment les chambres des résidents des unités du CJ.

La direction des programmes jeunesse avec les directions de soutien clinique comme la DSM et DSI s'assurent que les intervenants sont soutenus dans leur pratique clinique par divers moyens d'encadrement clinique. De même, la direction est à l'écoute et rencontre régulièrement les équipes et avec plus d'intensité lors d'événements majeurs. Les directions offrent aussi du soutien émotionnel sur une base régulière aux intervenants et ceux-ci l'apprécient et en témoignent. Nous sommes d'accord que la programmation en encadrement clinique, telle que celle des secteurs RTS et évaluation et orientation,



pourrait servir d'exemple et être adaptée pour les autres secteurs.

Les partenariats en jeunesse sont incontournables et essentiels à une offre globale de services solides. La direction et tous ses membres s'assurent de se concerter et d'impliquer tous les partenaires internes et externes (citons le partenariat avec les corps de police, la municipalité, le milieu scolaire et les organismes communautaires).

L'intégration et l'orientation des nouveaux intervenants sont organisées et structurées, ces procédures facilitent la rétention. De même, les formations sont pertinentes et en quantité suffisante à la satisfaction du personnel rencontré.

Les gestionnaires font un excellent travail d'appréciation de la contribution et de suivi des charges de travail. Les intervenants en témoignent avec satisfaction. Il demeure toujours des possibilités d'amélioration concernant l'optimisation des interventions afin de permettre de réduire les délais d'accès. Les conseils, les autres directions et les intervenants doivent collaborativement planifier des projets bien structurés d'amélioration de la performance pour des processus qui auraient intérêt à être revus.

La gestion des risques et de la qualité est une culture en bonne voie de maturation. La sécurité des usagers est au cœur des préoccupations. Des risques majeurs ont été ciblés et font l'objet de plans d'action. Le souci des gestionnaires d'améliorer la déclaration des incidents est louable et doit être soutenu par les gestionnaires et la formation.

Les modes de gestion soutiennent l'amélioration de la qualité par les nouvelles approches probantes. Des salles de pilotage stratégique, tactique et des stations visuelles sont en place et utilisées. Les équipes sont formées et soutenues par la DQEPE. Nous encourageons la direction à poursuivre les efforts d'implantation de la culture de performance et de mesure. Ainsi et de plus en plus, les salles refléteront les orientations, les objectifs et indicateurs mesurables propres au secteur et en lien avec l'amélioration souhaitée dans les soins et services. Aussi, ils contiendront les projets prioritaires en cours et à venir.

En conclusion, nous avons rencontré des personnes motivées et mobilisées qui offrent des soins et des services de grande qualité, sécuritaires et scientifiquement à jour. Nous sommes impressionnés par l'excellence de vos services et nous vous encourageons à poursuivre dans la voie de l'amélioration continue pour le plus grand bénéfice de votre communauté et l'avenir des jeunes.

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique</b>	
2.1.22 Les usagères et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.40 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usagère et la famille, et il est consigné.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique</b>	

Il faut d'abord signaler la compétence, le dévouement et l'engagement de l'équipe envers la qualité des services et la sécurité des usagers. Les leaders des services sont inspirants. Il faut également noter l'inclusion des usagères (patients partenaires) dans la planification et l'organisation des services à travers plusieurs comités très actifs.

Toutes les usagères rencontrées témoignent de la chaleur et du dévouement du personnel, de la qualité de la relation et de l'enseignement reçu.

L'équipe est félicitée pour son engagement à promouvoir le « peau à peau » et sa participation au Kangourou-O-Thon. L'utilisation de champs opératoires recyclés pour faire des sacs cadeaux est une contribution à la protection de l'environnement qui doit être signalée.

Plusieurs pratiques de l'équipe d'obstétrique-périnatalité méritent d'être signalées :

- le processus de transfert d'information aux points de transition est efficace, complet et convivial;
- l'inclusion statutaire de la gestion des risques dans une réunion d'équipe aux huit semaines est une bonne façon de s'assurer que les risques sont pris en considération dans l'organisation des soins;
- Les mesures d'accompagnement des clientes en post-partum immédiat pour prévenir les chutes s'avèrent efficaces;
- ce ne fut pas volontaire, mais un incendie et un faux rapt de bébé ont permis d'exercer leurs compétences en cas d'alerte;
- les différents codes font l'objet d'une révision annuelle.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour obtenir la déclaration des grossesses au CLSC afin de pouvoir augmenter le pourcentage de participation aux cours prénataux, préparer les futures mères à l'allaitement maternel, fournir l'information sur l'importance de la vaccination, et des bonnes habitudes alimentaires.

Il serait souhaitable que l'information sur les droits et responsabilités des clientes leur soit remise sur le support jugé approprié (électronique ou papier) et au moment opportun, possiblement en ante natal; lors de l'admission, avec les douleurs des contractions, ce n'est peut-être pas le meilleur moment. L'information existe déjà sous forme d'affiche et la DQEPE a mis à jour un pamphlet « MA SÉCURITÉ, TA SÉCURITÉ... NOTRE SÉCURITÉ. LA SÉCURITÉ : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE » avec la contribution des porteurs de POR, dont le service de CPI.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire l'évaluation périodique de chaque employée. C'est une excellente occasion de reconnaître les efforts individuels, encourager et mobiliser.

Enfin, nous souhaitons, à l'équipe, le meilleur succès possible dans ses projets de construction/rénovation et l'obtention de pompes à perfusion péridurale intermittente.

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté</b>

Tous les services offerts dans les programmes visant les jeunes en difficulté et leurs familles nous ont semblé accessibles et visent l'excellence. La direction et les gestionnaires du secteur sont dédiés à offrir des services continus en respectant les délais prescrits. La structure de gestion conjointe entre les coordinations des jeunes en difficulté et celles de la protection de la jeunesse semble un modèle gagnant pour assurer la continuité et la fluidité.

Les services sont planifiés avec l'apport des usagers et de leurs familles, il est évident à tous les niveaux que l'organisation soutient et développe cette approche. Notons en exemple l'implication des jeunes (CAO et les usagers partenaires) dans la planification des services, des formations et de l'environnement du programme Aire ouverte. Les partenaires communautaires sont aussi mis à contribution de manière organisée et structurée.

Les pratiques cliniques sont basées sur les meilleures pratiques et sont dispensées en prévention pour soutenir les familles. Il sera important d'investir tous les efforts nécessaires pour optimiser et consolider l'ensemble de ces services afin qu'ils soient offerts le plus tôt possible dans la vie des familles permettant ainsi d'éviter la détérioration et les signalements. Un plan d'action existe en ce sens et doit être soutenu. Les initiatives novatrices et tous les efforts pour atteindre les clientèles vulnérables sont à poursuivre et à encourager. Nous tenons à souligner la pertinence et l'excellence du programme Aire ouverte qui avec l'implication des jeunes et une solide équipe interdisciplinaire permettent à des centaines de jeunes d'être ciblés, desservis, soutenus, entourés et réconciliés avec les soins et les services permettant de favoriser le rétablissement et d'éviter la dégradation de leurs problématiques.

Les objectifs et les indicateurs de résultats sont priorisés et suivis. L'implantation de la culture de mesure est en développement. Nous encourageons l'établissement à poursuivre en ce sens et nous leur suggérons de suivre de manière stratégique des indicateurs mesurables qui témoignent des résultats de manière concrète, et ce, sur toutes les stations visuelles.

La direction a implanté plusieurs moyens de soutien clinique permettant d'améliorer la qualité et la sécurité pour les jeunes et leurs familles. Il sera important de consolider ces moyens.

Nous avons rencontré des gestionnaires mobilisés et appréciés. Le climat de travail est très bon. Tous conviennent que la pénurie de certains titres d'emploi est un défi et que tous sont à l'œuvre pour en contrer les effets néfastes sur les services.

Nous tenons à souligner le souci de la direction et de tous ses membres de s'assurer que les différents points de transition entre les services permettent la continuité et de bons suivis sans arrêt de service.

---

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 : Services pour la protection de la jeunesse</b>	

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



### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 5 : Services pour la protection de la jeunesse

Tous les services pour la protection de la jeunesse nous semblent fluides, accessibles et de grande qualité. La direction et les gestionnaires du secteur sont dédiés à offrir des services continus en respectant les délais prescrits.

Les services sont planifiés avec l'apport des usagers et de leurs familles, il est évident à tous les niveaux que l'établissement soutient cette approche.

Les objectifs et les indicateurs de résultats sont priorisés et suivis. L'implantation de la culture de mesure est en développement. Nous encourageons l'établissement à poursuivre en ce sens et nous leur suggérons de suivre de manière stratégique des indicateurs qui témoignent de l'ensemble du système comme les taux et les délais de prise en charge à l'application des mesures et d'ajouter de manière regroupée le suivi des projets en amonts et en aval visant l'amélioration de ces indicateurs.

Malgré les exigences des lois de protection au Québec, tous les intervenants rencontrés et les usagers témoignent d'une approche dans la confiance et la douceur, reflet des meilleures pratiques psychosociales basées sur des données probantes. Toutes les interventions sont empreintes d'espoir et visent la réadaptation. Des moyens concrets ont été mis en place, notamment pour les mesures de contrôle, et ont donné des résultats probants.

Afin de soutenir les pratiques cliniques, la direction a soutenu et développé un programme d'encadrement clinique fort novateur et pertinent. Nous encourageons l'établissement à utiliser ce programme comme modèle pour tous les secteurs où cela est applicable. Ce modèle et tous les moyens de soutien clinique mis en place permettent d'améliorer la qualité et la sécurité pour les jeunes et leurs familles.

Le système d'information clientèle est bien connu et normé (PIJ), nous encourageons l'établissement à poursuivre ses projets de DCI pour arriver à être un établissement sans papier.

Nous avons rencontré des gestionnaires mobilisés et des intervenants qui agissent de manière proactive positive sur leur climat de travail. Lorsque nous discutons avec les usagers et leurs familles, cela se reflète clairement. Nous encourageons l'établissement à poursuivre les projets d'amélioration de l'environnement physique des unités.

Nous tenons à souligner le souci de la direction et de tous ses membres d'assurer que les différents points de transition entre les services permettent la continuité et de bons suivis sans arrêt de services. Notamment, les équipes ont travaillé à ce que la barrière des 18 ans ne soit pas un obstacle à la continuité des services et à une bonne intégration dans la communauté. De nombreuses initiatives concertées sont mises en place, nous tenons à souligner l'excellence du programme Passage. Ce programme permet une adaptation à la nouvelle vie adulte en progression dans le respect des capacités des usagers. Les usagers rencontrés témoignent de leur gratitude envers les intervenants qu'ils sentent respectueux et en soutien à leur cheminement. Les résultats de ce programme sont exceptionnels et devraient servir d'exemple à tout le Québec à la recherche de solutions pour un passage réussi à la vie adulte. Nous encourageons l'établissement à soumettre ce programme comme une pratique exemplaire auprès de l'organisation Agrément Canada.

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté</b>

L'organisation a choisi de se doter d'une structure transversale et intégrée en santé mentale pour la jeunesse. Tous les intervenants reçoivent de la formation pertinente et adéquate.


Des équipes de professionnels en soutien sont en place et semblent très appréciées de tous les services. Les professionnels des équipes de soutien sont bien formés. Ils font de l'intervention et soutiennent les interventions des collègues.

Leur professionnalisme, leur souci de la rapidité d'intervention et leur facilité à faire les arrimages avec tous les secteurs et la communauté sont remarquables.

L'équipe de santé mentale, de consultation et d'expertise connaissent bien leurs objectifs, se sont donnés des indicateurs de résultat et suivent de près leur avancement et ils se donnent les moyens en équipe d'atteindre leurs cibles.



## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services

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

L'équipe connaît très bien son offre de service en santé mentale et en dépendance pour une clientèle de plus de 18 ans. Le continuum de service en santé mentale est bien documenté incluant la mission, les objectifs, la clientèle cible ainsi que les modalités d'intervention, de référence et de transfert. L'équipe a identifié ses indicateurs et en fait un suivi strict. L'équipe s'inscrit dans le plan d'action en santé mentale 2015-2020 du Ministère de la Santé. Les différents programmes sont en continuité et en complémentarité pour répondre aux besoins des usagers tout au long de leur épisode de soins. L'équipe est composée de plusieurs professionnels de différentes disciplines qui visent le rétablissement des usagers. Une codirection clinico-médicale permet la mise en place d'un plan d'action axé sur des résultats d'amélioration continue de la qualité ainsi qu'une gestion de proximité. L'équipe maximise le continuum de soins dans le milieu de l'utilisateur tout en incluant les proches et la famille.

Dans les derniers mois, un ajout de lits d'hospitalisation pour la clientèle a permis de répondre plus rapidement aux besoins de la clientèle et surtout une meilleure gestion des lits. Chaque obstacle fait l'objet d'une analyse pour trouver une solution dans l'intérêt des usagers. L'équipe fait face à un défi de lieux physiques plus ou moins adaptés à la clientèle psychiatrique. La direction de santé mentale et dépendance est consciente de cette problématique et envisage différentes solutions pour y remédier. Différents projets ont émergé dans les dernières années pour répondre aux besoins de la clientèle, dont le soutien de base non intensif, le pair aidant et l'utilisateur partenaire et le programme d'intervention en premiers épisodes psychotiques. Le pair aidant et l'utilisateur partenaire sont une source d'espoir pour les usagers, car ils constatent que la réhabilitation est possible et fonctionnelle.

La direction clinique a établi des partenariats avec le milieu professionnel et communautaire autant à l'interne qu'à l'externe. Les partenaires sont mobilisés pour répondre aux besoins des usagers dans un contexte de rareté des ressources humaines et financières. Selon les partenaires, les liens avec la direction de santé mentale et dépendance sont excellents; ils se sentent écoutés. Certains points, somme toute mineurs, méritent une certaine attention dont le multiculturalisme, le financement et certaines références.

L'équipe base ses interventions sur les données probantes et les meilleures pratiques. Les nombreux professionnels partagent leur expertise pour offrir à l'utilisateur les meilleures pratiques cliniques.

L'équipe a recueilli les commentaires à l'aide d'un sondage de satisfaction de la clientèle et s'en sert comme pistes d'amélioration possible. La présence des usagers partenaires permet d'obtenir l'opinion des usagers dans différents projets ou améliorations. L'équipe fait l'évaluation des risques pour la clientèle à partir d'une matrice qui permet de valider le niveau de criticité du risque. Bonne pratique qui mérite d'être partagée avec d'autres milieux ou services.

Un plan d'action contre la violence en milieu de travail est en place depuis quelques mois en partenariat avec les différentes instances qui gravitent autour de la santé mentale et dépendance. Un front commun de ces équipes vise la sécurité des intervenants et de la clientèle. Les membres du personnel saluent la volonté de la direction d'enrayer ce phénomène.

La violence au travail fait l'objet d'un plan d'action. L'équipe supporte les intervenants pour leur offrir un environnement sécuritaire lors de leur pratique clinique.

La gestion des ressources humaines est un enjeu de taille pour la direction de la santé mentale et de dépendance. L'équipe est aux prises avec un manque flagrant de ressources spécialisées pour répondre aux besoins de la clientèle. De plus, l'équipe utilise beaucoup de ressources en préposés aux bénéficiaires pour répondre aux surveillances de garde préventive ou en établissement. Il serait approprié de réviser le plan d'effectifs pour une utilisation judicieuse des ressources tout en assurant la sécurité des usagers.

La déclaration des incidents-accidents fait l'objet d'un suivi par les différentes équipes. Des pistes d'amélioration sont précisées en fonction des incidents-accidents.

## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)</b>

L'équipe de santé mentale pour les usagers inscrits a une offre de services très élargie dans de multitudes de programmes pour une clientèle adulte aux prises avec différents problèmes de santé mentale. Les équipes cliniques sont composées de professionnels impliqués et passionnés par leur travail. Le travail interdisciplinaire est remarquable à tous les niveaux et des ajustements sont faits rapidement pour répondre aux besoins de la clientèle. Différents partenariats tant internes qu'externes sont en place. Des échanges fréquents avec les familles et les proches permettent d'aplanir les obstacles dans plusieurs situations, et ce, dans l'intérêt des usagers.

La trajectoire des usagers inscrits débute par le guichet d'accès en santé mentale suite à une référence médicale. L'équipe est à mettre en place le centre de répartition des demandes des services (CRDS) et le plan d'accès 0-100 an. Une période de transition est envisagée afin de rendre fluides ces différents projets. Un triage des demandes est fait et une priorisation est confirmée par une entrevue téléphonique. Selon le niveau d'urgence, l'utilisateur sera référé rapidement aux bons intervenants et aux bonnes ressources communautaires. L'accessibilité au dossier numérisé permet d'avoir une vision rapide de la situation clinique et des derniers suivis. Il est suggéré à l'équipe de s'assurer de la disponibilité de l'information dans les délais prévus à la politique.

L'équipe est très novatrice et créative. De belles réalisations ont mérité des prix dans les dernières années; notons « allez mieux à ma façon » où l'on maximise les forces de l'utilisateur pour sa prise en charge, « le soutien pour un retour au travail », et le « guichet d'accès à la santé mentale adulte (gasma) ». De plus, le suivi intensif dans le milieu et le suivi d'intensité variable ont été homologués par le Centre national d'excellence en santé mentale pour leur fidélité à l'application des normes. Toutes ces reconnaissances ont un point commun soit l'implication des professionnels pour l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Il est suggéré à l'équipe de partager ses bons coups auprès des autres instances en santé mentale et même comme pratiques exemplaires auprès d'Agrément Canada.

L'arrivée de nouveaux intervenants dans les équipes de soins comme le pair aidant ou le patient partenaire renforce la volonté de la direction de répondre aux besoins de la clientèle. Ces deux nouveaux intervenants ayant déjà vécu des problématiques de santé mentale veulent « donner au suivant » en partageant leur vécu et surtout donner l'espoir qu'on peut sortir de la spirale de la santé mentale. La

patiente partenaire a contribué à l'élaboration du « guide de mon rétablissement » ayant comme symbole très significatif, un arbre feuillu.

L'équipe fait le suivi des indicateurs tant administratifs que cliniques. Des plans d'amélioration de la qualité sont élaborés en fonction des résultats. Les stations visuelles sont en cours de déploiement. Le personnel apprécie ce mode de communication dans les secteurs déployés.

L'équipe est sensible à faire l'évaluation des facteurs de risque dans tous les programmes. Cependant, il est difficile de retrouver les informations dans un format standardisé en particulier pour le risque suicidaire. La direction de santé publique travaille à l'élaboration d'une stratégie pour l'évaluation du risque suicidaire. Il est proposé d'uniformiser la saisie des informations au dossier sous forme de formulaire pour avoir une vue rapide des informations pour la sécurité des usagers.

## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques</b>	
3.1.36 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
3.1.55 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
3.1.58 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
3.1.59 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	
3.1.60 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques

Les patients qui se présentent pour des problématiques de santé mentale sont pris en charge par le personnel de l'urgence tout comme les patients de santé physique. Une évaluation au triage est faite et si la problématique majeure est la santé mentale, l'utilisateur est transféré dans un secteur déterminé pour la clientèle psychiatrique. Par contre, il se retrouve avec des patients de santé physique. La configuration des lieux limite la confidentialité et les interventions lors de cas agressifs. Il est suggéré à l'équipe de revoir le mode de fonctionnement de l'urgence psychiatrique en regard des lieux physiques pour assurer la confidentialité, la sécurité des intervenants, de l'utilisateur et des autres usagers de santé physique.

L'équipe de psychiatres intervient dès l'urgence avec la présence d'un d'entre eux sur place. La prise en charge est rapide et le plan d'interventions est enclenché. La présence de l'infirmière de liaison de psychiatrie à l'urgence facilite rapidement le cheminement et l'orientation de l'utilisateur. Un projet, le protocole d'intervention lavallois en santé mentale (PILSM), permet à l'utilisateur ayant des problématiques judiciaires d'être pris en charge rapidement en vue de régler cette problématique judiciaire.

L'évaluation du repérage à l'urgence du risque suicidaire est faite dès l'évaluation à l'urgence. Il est difficile de retrouver le suivi fait dans les notes d'évolution. Il est suggéré à l'équipe de réfléchir pour développer un outil de documentation spécifique. Le personnel a reçu la formation pour détecter l'utilisateur vulnérable au suicide à l'urgence. La mise en garde préventive est déterminée par le médecin de l'urgence et la garde en établissement est déterminée par le psychiatre. Les usagers sont informés de leurs droits en regard de

la procédure de mise en garde en établissement.

Le personnel est formé pour intervenir auprès de la clientèle agressive de façon pacifique. De plus, l'utilisation du bouton panique assure une certaine sécurité aux intervenants. L'équipe a un plan d'amélioration continue de la qualité en co-construction avec les gestionnaires cliniques et médicales. L'objectif est de bien orienter l'utilisateur et de limiter la durée de séjour à l'urgence.

Différents corridors de services sont en place pour favoriser la continuité des services. Cependant, certains corridors sont à consolider pour maximiser la prise en charge par les bons intervenants.

## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)</b>	
4.1.32 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
4.1.33 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)</b>	

L'équipe dispose de 54 lits d'hospitalisation répartis en 4 pôles différents dont deux unités fermées de 17 lits chacune et deux unités ouvertes de 13 et 7 lits. Cette configuration des lieux entraîne une complexité dans la gestion des ressources humaines. L'équipe fait face à des enjeux de personnel entraînant un climat de travail démotivant pour certaines personnes.

Différentes stratégies sont en place pour y remédier. L'accès aux unités fermées est sécurisé. Des caméras de surveillance dans les aires communes permettent de surveiller les comportements des usagers et d'assurer la sécurité des intervenants et des usagers. Les usagers sont admis dans les unités en fonction de la disponibilité des lits, ce qui entraîne une mixité de diagnostics différents avec des comportements variables surtout dans les unités fermées. Il est proposé à l'établissement de revoir l'organisation et la possibilité de faire des regroupements de clientèle en tenant compte de la disponibilité des ressources humaines. Les règlements sont différents du secteur fermé versus ouvert pour assurer la sécurité des usagers. Le personnel fait de nombreux transferts surtout pour répondre aux besoins des différents patients en garde en établissement qui nécessitent une hospitalisation dans une unité fermée.

Les usagers sont admis en provenance de l'urgence dans un continuum de services. La prise en charge est faite par une équipe de professionnels dédiée à la cause de santé mentale. Des rencontres interdisciplinaires ont lieu pour établir le plan de traitements et les objectifs que l'équipe vise pour l'usager. De plus, des rencontres spécifiques sont planifiées lorsque des cas complexes nécessitent des enjeux particuliers ou des opinions des collègues. Il n'a pas de plans d'interventions interdisciplinaires, mais un projet est en cours avec la direction des services multidisciplinaires. L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux de réflexion pour la mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire. Le bilan comparatif des médicaments est bien intégré dès l'arrivée sur l'étage et au départ de l'usager.

L'évaluation du risque suicidaire est faite et est prioritaire pour le personnel. Cependant, comme pour les autres secteurs, la documentation mérite une certaine attention afin de standardiser la notation au

dossier.

Les informations et le suivi du patient sont consignés au dossier de l'utilisateur. Un partage de l'information se fait régulièrement en particulier lors des points de transition. Un tableau de suivi permet d'avoir une vue rapide de la situation de l'unité de soins et du suivi de chaque usager.

Différents audits sont faits pour s'assurer de la conformité aux différentes pratiques organisationnelles. Ces résultats sont diffusés au personnel clinique.

La gestion des sorties externes est bien documentée et un suivi est fait pour que les usagers respectent les règles établies.

L'administration des médicaments répond aux standards de pratique. Certaines activités thérapeutiques sont proposées aux usagers. L'équipe est encouragée à poursuivre sa réflexion afin d'augmenter la thérapie occupationnelle et d'ajouter des titres d'emploi qui répondraient aux besoins des usagers.

L'hygiène des mains fait partie des défis de l'équipe. Le personnel est sensibilisé à l'importance du lavage et fait des efforts pour s'y conformer. Cependant, les audits démontrent un taux de compliance assez faible. L'équipe travaille de concert avec la prévention des infections afin de trouver des moyens pour rendre disponibles les produits désinfectants tout en assurant la sécurité de la clientèle. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour atteindre les objectifs en prévention des infections.



## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

### Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)

5.1.50 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

#### Commentaires des visiteurs

### Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)

L'équipe de santé mentale-dépendance (usagers inscrits) répond aux besoins d'une clientèle qui ont des problématiques de dépendance. L'équipe est dans un processus d'intégration dans la direction santé mentale-dépendance. Elle doit faire valoir les besoins de la clientèle dépendante, mais qui peut avoir des problèmes de santé mentale. Les intervenants constatent le côté positif de ce regroupement pour leurs usagers, leur apprentissage professionnel et l'accessibilité à des psychiatres.

Les usagers sont pris en charge rapidement suite à une évaluation par une équipe de professionnels qui ont à cœur de s'occuper de la clientèle et surtout de répondre à la philosophie de rétablissement. La grille de désintoxication et évaluation par les intervenants psychosociaux et l'indice de gravité sont des outils qui permettent de faire une évaluation complète de l'état de santé. L'équipe a une très bonne capacité d'adaptation aux différents problèmes et est en mesure d'intervenir rapidement avec les bonnes méthodes. L'objectif est de redonner le pouvoir à l'utilisateur dans sa prise en charge et son rétablissement. L'équipe s'est également donné comme philosophie d'intervention de laisser du temps à l'utilisateur, de respecter son rythme tout en assurant la continuité du plan d'interventions interdisciplinaires.

L'équipe a accès à de la formation spécifique selon leur champ d'expertise en lien avec les besoins de leur clientèle.

L'équipe utilise la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour évaluer le risque suicidaire. L'équipe est très sensible à cette problématique. Elle connaît très bien les stratégies d'interventions urgentes en cas de risque imminent.

Le dossier de l'utilisateur est en version papier et en version électronique. Les notes d'observations des professionnels sont inscrites directement à l'écran informatique. Cependant, un manque flagrant d'uniformité est observé. Il serait pertinent que l'équipe se penche sur une normalisation des notes professionnelles. De plus, il serait pertinent que les intervenants du centre de dépendance ou de l'hôpital aient accès à toute l'information du dossier de l'utilisateur lorsque requis.

Différents groupes de formation ou d'ateliers sont offerts aux usagers et à leurs proches. Les groupes sont

hétérogènes, peu importe la dépendance. Selon les usagers rencontrés, cette formule de mixité des groupes favorise les échanges et permet de mieux comprendre les enjeux de la dépendance.

Différents partenariats sont faits avec différents services ou organismes communautaires. L'équipe les connaît très bien et fait des références. Les partenaires répondent rapidement aux demandes de référence.

L'équipe se dit très satisfaite du climat de travail qu'il trouve très stimulant, créatif et collaborateur. Les membres maximisent leur compétence en échangeant lors de cas plus complexes, en partageant leur expérience ou en s'offrant du soutien mutuel.

---

## Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)</b>	
6.1.18 Les usagers potentiels et actuels, ainsi que leurs familles, peuvent accéder aux services essentiels jour et nuit, sept jours sur sept.	
6.1.29 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.	
6.1.47 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.	
6.1.66 Les services aux familles et aux soignants sont toujours fournis même si les services à l'utilisateur prennent fin.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)</b>	

L'équipe de dépendance « usager admis » est très petite. Le secteur accueille 8 usagers au maximum pour une désintoxication ou sevrage à une substance. Des protocoles d'accueil sont en place ainsi que des règles de fonctionnement. Un contrat d'engagement est signé par l'utilisateur et entériné par l'intervenant. Un protocole de sevrage et une surveillance nursing sont déterminés en fonction du type de sevrage. L'équipe vise à maximiser l'autonomie et la prise de responsabilité des usagers comme stipulé dans le contrat d'engagement.

Des ateliers de formation sont offerts pour encourager la socialisation et développer des compétences chez les usagers face à la consommation. Les usagers sont fortement invités à participer à ces formations. Afin d'assurer la sécurité et d'éviter la consommation, une fouille est faite par le personnel tout en respectant les droits des usagers.

L'information est consignée au dossier de l'utilisateur. Après le départ, le dossier est gardé jusqu'à la réception des derniers résultats de laboratoire qui peuvent arriver trois semaines plus tard. L'équipe est encouragée à trouver des moyens pour éviter la présence de dossiers satellites. De plus, les postes informatiques mériteraient une mise à niveau afin de rendre l'information disponible rapidement. Les usagers ne peuvent recevoir de visiteurs tout au long de leur épisode de soins. Il serait intéressant de revoir si cette pratique est encore pertinente en 2019, car il ne faut pas oublier que les usagers sont présents sur une base volontaire. De plus, l'équipe est invitée à revoir les règles de fonctionnement du centre afin d'optimiser ses interventions dans l'intérêt des usagers.

Les usagers présents se disent très satisfaits des services offerts, de la gentillesse du personnel et de leur plan d'intervention. Par contre, il est proposé de reprendre les sondages de satisfaction.

---

## 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.