



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Séquence 3

Rapport publié: 14/01/2026

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Québec^{MC} entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans le présent rapport de manière confidentielle, l'Organisation peut divulguer ce Rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce Rapport. Agrément Canada sera libre de faire usager de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra l'intégrité du processus d'agrément ; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce Rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à: publications@healthstandards.org.

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2026. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité	2
À propos d’Agrément Canada	4
À propos du rapport d’agrément	4
Aperçu du programme	4
Sommaire	6
À propos de l’établissement	6
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	7
Principales pistes d’amélioration et domaines d'excellence	7
Soins centrés sur les personnes	8
Aperçu de l’amélioration de la qualité	8
Décision d’agrément	9
Installations évaluées dans le cadre de la visite d’agrément	9
Résultats selon les dimensions de la qualité	11
Pratiques organisationnelles requises	12
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	16
Excellence des soins et services	16
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	19
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	22
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	25
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	27
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	29
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	34

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif international ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et internationales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d'agrément

L'Établissement mentionné dans le présent rapport de visite (l'**Établissement**) participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 04 mai 2025 au 09 mai 2025. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'Établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada à ces dates.

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

Aperçu du programme

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

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

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'utilisation de sondages portant sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. Les

visites d'agrément sont menées selon une approche par traceurs et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les possibilités d'amélioration.

Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Sommaire

À propos de l'établissement

Dans le cadre de la visite a mené du 5 au 9 mai 2025, plusieurs secteurs jeunesse ont été observés afin d'évaluer la qualité des services offerts et d'identifier les axes d'amélioration.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval joue un rôle essentiel dans la prestation de soins et de services sociaux à la population lavalloise. Avec une mission centrale sur le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être des jeunes, l'établissement s'appuie sur des services accessibles, intégrés et de qualité. Il dessert une population de 443 192 habitants et regroupe près de 13 000 employés, ainsi que 700 médecins, dentistes et pharmaciens, en plus de 700 bénévoles qui contribuent activement à sa mission. Grâce à ses nombreuses installations – centres hospitaliers, CLSC, CHSLD et centres de réadaptation –, il assure une couverture complète des besoins de santé et services sociaux sur le territoire de Laval.

Parmi ses réussites notables, le CISSS de Laval se distingue par son engagement résolu envers l'innovation et la collaboration, privilégiant une approche de soins véritablement centrée sur la personne. En mettant en avant des initiatives novatrices, comme la Pratique des actions concertées en violence conjugale (PAC VC), l'établissement a su établir des partenariats stratégiques avec les maisons d'hébergement. Le Centre d'expertise régional à l'enfance et la famille (CEReF) mérite également d'être souligné comme porteur de projet pour les jeunes victimes de maltraitance et d'abus physique et sexuel. À cela s'ajoute la double certification bronze et argent des soins de développement du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, une reconnaissance qui témoigne du haut niveau d'expertise et de dévouement de l'équipe de néonatalogie.

Bien que des défis persistent, notamment en matière d'accessibilité aux soins et de gestion des ressources humaines, des avancées significatives ont été réalisées. La réduction notable du recours à la main-d'œuvre indépendante au cours de la dernière année illustre une volonté ferme de stabiliser les équipes et d'améliorer la continuité des services. En parallèle, l'établissement intensifie ses efforts à pourvoir des postes permanents, garantissant ainsi le maintien de services sécuritaires et de qualité à court terme, tout en jetant les bases d'une structure plus pérenne et efficace. À cela s'ajoutent plusieurs initiatives mises de l'avant pour faciliter l'intégration des nouveaux postulants, telles que le mentorat, le soutien clinique sous diverses formes, démontrant une forte volonté de stabiliser l'offre de services.

La protection de la jeunesse représente un secteur où les défis sont cependant nombreux. Bien que des avancées aient été réalisées, des opportunités d'optimisation par la révision des processus demeurent. Cette dynamique proactive témoigne de la capacité du CISSS de Laval à évoluer et à s'adapter continuellement aux besoins de sa clientèle, affirmant son rôle de leader dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Nous tenons à féliciter les équipes de la Direction Jeunesse et de la Direction de la protection de la Jeunesse bien qu'en transition, pour leur dynamisme, leur rigueur et leur engagement, qui ont été manifestés tout au long de cette visite. Leur positivisme et leur professionnalisme sont remarquables, surtout dans un contexte provincial et médiatique rempli de défis. Nous les encourageons à poursuivre leurs efforts, à maintenir leur approche innovante et à continuer de renforcer leurs pratiques, afin d'assurer une offre de services toujours plus efficace et adaptée aux réalités des jeunes bénéficiaires.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Le programme Jeunesse se distingue par sa volonté d'orienter ses stratégies vers l'accessibilité, la continuité et l'optimisation des trajectoires de soins, garantissant ainsi une réponse efficace aux besoins des usagers et de la population ciblée. Grâce à une organisation fluide et coordonnée entre les différentes unités cliniques et les partenaires, il assure une prise en charge cohérente et sans rupture. Une gestion proactive des barrières à l'accès, combinée à un délestage stratégique et un suivi méticuleux des indicateurs de vigie, permet d'assurer une expérience optimale pour les usagers. Une attention particulière est à porter à la sécurisation des transitions de soins, notamment par le renforcement des mécanismes de transfert d'information, facilitant ainsi une communication fluide et efficace entre les équipes et les structures concernées.

En matière de qualité et de sécurité des soins et services, le programme adopte des pratiques organisationnelles rigoureuses alignées sur les standards les plus exigeants. L'instauration des porteurs de pratiques organisationnelles sécuritaires (POR) constitue une initiative audacieuse qui, associée à un suivi rigoureux, garantit l'application des meilleures pratiques dans l'ensemble des services. L'adaptation aux diverses réalités locales demeure un enjeu central, nécessitant une approche sensible et ajustée aux spécificités des milieux. La culture de sécurité et de mesure, bien ancrée, requiert néanmoins un renforcement constant pour mieux répondre aux sensibilités locales et aux besoins émergents. Les pratiques transversales, visant à uniformiser les processus et optimiser les soins, méritent également d'être consolidées, particulièrement dans les secteurs dédiés aux jeunes en difficulté.

L'interdisciplinarité et la collaboration constituent les fondements du programme, favorisant une synergie efficace entre les différentes équipes et disciplines engagées. L'étroite coopération entre les programmes Jeunesse et les partenaires communautaires renforce l'intégration des services et la cohésion des soins, assurant ainsi une continuité et une complémentarité exemplaires. Soutenue par des structures adaptées, des outils de travail collaboratifs et des formations continues, cette approche interdisciplinaire permet aux professionnels d'affiner leurs pratiques et d'améliorer leur coordination. En intégrant ces éléments, le programme garantit une prise en charge holistique et adaptée aux réalités et aux besoins évolutifs des usagers.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines à améliorer :

- Poursuivre le développement des stations visuelles opérationnelles.
- Renforcer les efforts pour réaliser les appréciations de la contribution des employés.
- L'implantation d'audits pertinents.
- Faire connaître la valeur ajoutée de l'éthique clinique pour résoudre les dilemmes ressentis.

Domaines d'excellence :

- Centre d'expertise régionale à l'enfance et à la famille
- Le foyer de groupe Le Passage.
- Projet d'immigration (SIPPE).
- Approche de soutien, d'intervention et de réadaptation bien ancrée.
- Des porteurs de pratiques organisationnelles sécuritaires et un plan défini.

Soins centrés sur les personnes

Le programme Jeunesse adopte une approche profondément axée sur les soins centrés sur les personnes, en veillant à ce que la satisfaction des usagers et de leurs proches aidants soit prise en compte à chaque étape du parcours de soins. Des outils de mesure de l'expérience de l'utilisateur permettent d'identifier les axes d'amélioration et d'ajuster les services afin de répondre plus efficacement aux besoins exprimés. Ils sont toutefois à renforcer afin d'aller chercher en continu le point de vue de la clientèle. L'implication des usagers et de leurs proches aidants dans les soins directs, notamment à travers l'élaboration des plans d'interventions personnalisés, la prise de décisions partagée et l'accès à des ressources favorisant l'autonomie, renforce l'engagement et la qualité des soins. Cette approche globale favorise une collaboration étroite entre les professionnels de la santé et les usagers, garantissant des soins intégrés et respectueux des valeurs et préférences des personnes concernées.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Le programme Jeunesse adopte une approche structurée et proactive en matière d'amélioration continue de la qualité, fondée sur une culture d'évaluation et d'ajustement des pratiques. Afin de garantir une cohérence avec les réalités du terrain, l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité doit être initiée directement par les équipes de première ligne, permettant ainsi une meilleure appropriation et une application pertinente des mesures mises en place.

L'élaboration du plan intégré d'amélioration continue doit également reposer sur une analyse approfondie des résultats du cycle précédent, permettant d'identifier les progrès réalisés ainsi que les défis persistants. Dans cette dynamique, la mise en place d'indicateurs de suivi et d'échéancier à court et à moyen terme pour l'ensemble des projets initiés par les équipes est suggérée afin de mesurer l'impact des initiatives et d'orienter les ajustements nécessaires. Par ce biais, la culture d'amélioration continue s'enracine progressivement au sein des pratiques organisationnelles.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval est agréé à la suite de l'évaluation au premier cycle du programme Qmentum Québec. Ce statut est maintenu jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, suivant le deuxième cycle.

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

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse avenue Laval	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Cartier	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Cartier	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Laval	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Centre de services ambulatoires de Laval	Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Laval	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)
CISSS de Laval	Excellence des soins et services
Foyer de groupe le Passage	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Installation	Chapitre
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Honfleur	Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Soins et services en périnatalité (usagers admis)
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	5	0	0	5
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	22	0	2	24
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	32	3	0	35
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	3	1	0	4
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	2	2	22
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	92	15	13	120
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	195	36	42	273
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	104	22	16	142
Total	471	79	75	625

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Excellence des soins et services	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Programme de prévention du suicide	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	4 / 5	80.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	S.O

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	0 / 0	S.O
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	5 / 6	83.33%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	6 / 6	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	5 / 6	83.33%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	S.O
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	4 / 4	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 6	S.O
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	0 / 3	S.O
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	3 / 5	60.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	0 / 5	S.O
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 6	S.O
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	2 / 3	66.67%

Chapitre(s)	Nom de la POR/PSR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Total		124 / 150	82.67%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Excellence des soins et services

Évaluation du chapitre : 87,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Organiser les soins et services selon les besoins des personnes et des communautés visées par le programme Jeunesse

Dans le cadre du programme jeunesse du CISSS de Laval, l'organisation des soins et des services repose sur une approche adaptée aux besoins spécifiques des personnes et des communautés. Le projet « Immigration » de l'équipe dédiée à la clientèle SIPPE illustre bien cet engagement. Pour assurer une prise en charge efficace et sécuritaire, les équipes s'appuient sur des données probantes alignées aux lignes directrices établies. Un processus de révision périodique est essentiel afin d'ajuster les pratiques en fonction des avancées et des nouvelles connaissances. Les informations issues de la Direction de la Santé publique, ainsi que divers outils, sont accessibles aux gestionnaires, témoignant du souci constant d'adapter les pratiques et de garantir des services de qualité. La gestion est participative et implique toutes les parties impliquées dans la mise en place de projets innovants. La gestion des plaintes constitue également un levier essentiel pour garantir une réponse rapide et adaptée aux réalités vécues par la clientèle.

Gérer les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles dans le but de soutenir les équipes

Une gestion efficace des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles est essentielle pour soutenir les équipes et assurer un fonctionnement optimal des services. L'innovation est primordiale dans un contexte marqué par la rareté des ressources et les contraintes budgétaires. La rétention des équipes est une priorité, car elle influence directement la stabilité et le roulement du personnel. Il est donc crucial de poursuivre les efforts pour favoriser la fidélisation. Par ailleurs, la gestion documentaire doit être mise à jour, communiquée et intégrée de manière efficace auprès des équipes, notamment en ce qui concerne des aspects fondamentaux tels que le consentement aux soins et aux services. Une meilleure accessibilité et diffusion de ces documents sont essentielles afin d'assurer une prise en charge conforme aux normes et une uniformité des pratiques. L'équipe doit également adapter ses pratiques en fonction des exigences émergentes. L'apprentissage continu, combiné à une formation ciblée et un encadrement clinique adapté, garantit un développement professionnel pertinent. Un accent particulier doit être mis sur la mise à jour des connaissances dans les plus petits sites, notamment en foyers de groupe. Cependant, une iniquité subsiste dans les services d'hébergement, particulièrement au Centre Jeunesse de Laval, où les conditions d'hébergement des filles demeurent préoccupantes. Certaines chambres ne sont pas fonctionnelles, sans aération ni fenêtres, compromettant ainsi le bien-être et la qualité du milieu de vie. Il est impératif d'aborder ces disparités afin d'assurer des conditions de vie sécuritaires et adaptées aux besoins des jeunes hébergés. Enfin, l'évaluation du rendement et la reconnaissance des employés renforcent leur engagement et leur motivation, tandis que le respect du code de conduite et la gestion des comportements inadéquats contribuent à un environnement de travail sain. Ces éléments doivent être maintenus et renforcés pour garantir la stabilité et l'efficacité des équipes.

Soutenir une culture de la mesure et de l'amélioration continue de la qualité par la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services et l'évaluation du programme Jeunesse

L'amélioration continue repose sur une gestion rigoureuse des incidents et accidents liés à la prestation des soins et services, ainsi que sur une évaluation systématique des programmes. Dans les équipes plus restreintes, telles que les foyers de groupe, cette culture doit être davantage renforcée. Pour ce faire, des activités de formation continue sont essentielles afin d'outiller les équipes dans la gestion efficace des événements tout en respectant les politiques organisationnelles. La mise en œuvre régulière d'exercices de simulation permet de renforcer la préparation aux situations d'urgence et d'identifier les axes d'amélioration. Ces simulations doivent s'intégrer à un apprentissage structuré, préparant les intervenants à agir rapidement et efficacement lors de toutes situations d'urgence autre qu'incendie. Un plan clair et connu des équipes terrain assure une meilleure gestion des mesures d'urgence et garantit la disponibilité des ressources. Enfin, la transparence dans la communication des résultats d'évaluation aux partenaires, ainsi que l'implication des usagers et des proches aidants, permettent une poursuite basée sur des données concrètes et un engagement collectif sont à poursuivre.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Excellence des soins et services

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.3	Les gestionnaires du programme-services créent des partenariats afin de bien répondre aux besoins des personnes et des communautés visées par le programme-services.	Priorité normale
1.1.15	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent les lignes directrices et les protocoles cliniques lors de la prestation de soins et services.	Priorité élevée
1.1.16	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe intègrent des outils d'aide à la décision clinique au sein de leurs pratiques.	Priorité élevée
1.1.17	Les gestionnaires du programme-services mettent en place un processus de revue des lignes directrices et des protocoles éclairés par les données probantes.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.20	Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des soins et services à domicile.	POR
	1.1.20.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée dans le cadre de la planification et de la prestation des soins et services aux usagers. Elle est communiquée aux partenaires qui participent à la prestation de soins et services à domicile.	
1.1.24	Les gestionnaires du programme-services s'assurent du respect de la procédure organisationnelle concernant le consentement aux soins et services.	Priorité normale
1.2.17	Les gestionnaires du programme-services identifient les besoins en matière de ressources matérielles nécessaires à la mise en œuvre de l'offre de soins et services.	Priorité normale
1.3.2	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe participent à des activités d'apprentissage continues sur la façon de gérer les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	Priorité normale
1.3.4	Les gestionnaires du programme-services effectuent de façon périodique des exercices de simulation pour valider les plans d'interventions et les procédures d'évacuation des établissements lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 90,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de la clinique Grossesse à risque élevé (GARE) du CISSS de Laval au site de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a été rencontrée dans le cadre de cette visite. L'équipe a le mandat d'accueillir les usagères enceintes pour des consultations externes en semaine de jour soutenue la fin de semaine et les jours fériés par l'équipe de la salle d'accouchement en clinique d'obstétrique. Cinq à six mille usagères sont accueillies chaque année. L'équipe est composée d'une dizaine d'employés soutenus par deux gestionnaires qui assurent avec agilité du soutien pour la continuité et la trajectoire des usagères. La gestion clinico-administrative est digne de mention.

Des soins et services intégrés et fluides, tant en inter qu'en multidisciplinarité, sont offerts grâce à l'expertise et aux habiletés de communication de cette petite équipe stable. Des formations, des rencontres d'équipe et des outils d'aide à la décision clinique permettent à ces professionnels d'avoir une pratique basée sur des données probantes. Les forces de chacun des membres de l'équipe (informatique, rédaction d'outils d'aide à la décision clinique) sont mises à contribution pour aider au quotidien à améliorer la qualité dans le service. Les usagères et leur famille sont reçues dans un environnement propre et dégagé. Nous encourageons le service à offrir des formations sur le nettoyage et la désinfection de l'équipement de bas niveau. Nous encourageons l'équipe à favoriser l'implication des usagers tant au niveau opérationnel qu'au niveau tactique. Un sondage est offert aux usagères par l'intermédiaire d'un code QR affiché en salle d'attente. Nous encourageons fortement l'équipe à inciter les usagères et leur famille pour remplir le sondage. Nous recommandons donc aux gestionnaires d'établir un plan d'action après avoir choisi des objectifs et des indicateurs de mesure et enfin de les suivre pour ajuster les cibles en fonction des réponses. Par ailleurs, les usagers rencontrés sont satisfaits de leur prise en charge par l'équipe.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : la double identification, la prévention des chutes, la transmission des informations aux points de transition et la mise à jour d'une liste de médicaments. Nous l'invitons maintenant à porter une attention particulière à l'intégrité de la peau. Le processus de prévention de la thromboembolie veineuse est sans objet pour ce chapitre.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence tous les efforts consentis par l'équipe de pallier aux absences du personnel. En outre, chacun des acteurs de cette petite équipe est un pilier pour des disciplines différentes au sein de l'équipe.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.16	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.	Priorité normale
2.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.	Priorité élevée
2.1.18	L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.	Priorité normale
2.1.26	Les équipes suivent la procédure organisationnelle à l'occasion d'une mort fœtale intra-utérine ou d'une mort néonatale.	Priorité normale
2.1.39	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	2.1.39.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
2.1.49	L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'identification des clientèles vivant en contextes de vulnérabilité et offre du soutien nécessaire.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
2.2.5	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.	Priorité élevée

Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 92,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 7,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe du continuum de naissance du CISSS de Laval au site de l'hôpital de la Cité de la santé a été rencontrée dans le cadre de cette visite. L'équipe a le mandat d'accueillir les usagères enceintes pour leur accouchement et le post-partum. Trois mille trois cent quarante usagères et leur famille sont accueillies chaque année. L'équipe est composée de plus de cent cinquante employés entourés avec brio par un duo de gestionnaires dynamiques. La cogestion clinico-administrative est digne de mention.

Des soins et services intégrés et fluides, tant en inter qu'en multidisciplinarité, sont offerts grâce à l'expertise et aux habiletés de communication de cette équipe. Des formations, des rencontres d'équipe et le soutien de conseillères cliniques expertes et engagées permettent à ces professionnels d'avoir une pratique basée sur des données probantes. Des audits maison ont été développés pour atteindre une rigueur digne de mention dans les soins et services offerts. Nous encourageons le service à offrir des formations sur le nettoyage et la désinfection de l'équipement de bas niveau. Les usagères et leur famille sont reçues dans un environnement propre et dégagé. Nous encourageons l'équipe à mobiliser les usagères et leur famille pour s'impliquer au niveau opérationnel et au niveau tactique du service. Un sondage est offert aux usagères par l'intermédiaire d'un code QR transmis aux usagères dans la pochette lors du départ à la maison. Nous invitons fortement l'équipe à inciter les usagères et leur famille à le remplir. Nous recommandons aux gestionnaires de choisir des objectifs, d'établir un plan d'action et d'ajuster les cibles à l'aide d'indicateurs de mesure. Par ailleurs, les usagers sont satisfaits des soins et services ainsi que de la grande qualité d'écoute du personnel.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : la double identification, la prévention des chutes, la prévention de la thromboembolie veineuse, la transmission des informations aux points de transition et la mise à jour d'une liste de médicaments. Nous l'invitons maintenant à porter une attention particulière à l'intégrité de la peau. Le processus de vérification de la liste d'une chirurgie sécuritaire est sans objet pour ce chapitre, car il n'y a pas de bloc obstétrical.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence l'obtention par l'équipe en 2024 du prix d'excellence pour l'esprit et la cohésion d'équipe offert par la Direction des soins infirmiers (DSI). En outre, afin de soutenir, retenir et autonomiser les nouveaux employés, un programme de mentorat grâce à des monitrices cliniques a été mis en place. Le programme nommé « Novice-Expert », initié par l'équipe, est en cours d'élaboration. Un kangourou-thon avec les usagères et leur famille et les partenaires externes est organisé chaque année au mois de mai pour l'importance de la peau à peau.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.16	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.	Priorité normale
3.1.17	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.	Priorité élevée
3.1.19	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé pour le nouveau-né dans le cadre des soins et services en périnatalité.	Priorité élevée
3.1.26	Les équipes suivent la procédure organisationnelle à l'occasion d'une mort fœtale intra-utérine ou d'une mort néonatale.	Priorité normale
3.1.39	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
	3.1.39.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
3.1.61	L'équipe applique la procédure organisationnelle pour le décompte des éponges et des aiguilles, avant et après tous les accouchements.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.65	L'équipe suit la procédure organisationnelle en matière de contact précoce peau à peau à la suite de l'accouchement.	Priorité élevée
3.1.73	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur les indications d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.	Priorité normale
3.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée

Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 92,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 7,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe du service de néonatalogie, de niveau 2B, du CISSS de Laval au site de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a été rencontrée dans le cadre de cette visite. Le service compte seize berceaux et quatre lits de réanimation. Une vingtaine d'employés sont soutenus par une gestionnaire qui allie douceur et rigueur d'une main de maître.

Rigueur, organisation, passion et proactivité sont des termes qui définissent cette petite équipe stable. Cette stabilité optimise la continuité des soins reflétée par les usagers et leur famille. Des soins et services intégrés et fluides, tant en inter qu'en multidisciplinarité, sont offerts grâce à l'expertise et aux habiletés de communication de cette équipe. Des formations, des rencontres d'équipe et le soutien par une conseillère cadre engagée permettent à ces professionnels d'avoir une pratique basée sur des données probantes. Des audits maison ont été développés pour atteindre l'excellence dans les soins et services offerts. Les usagères et leur famille sont reçues dans un environnement propre, dégagé, silencieux et lumineux. Une « Oreille » est installée dans le service afin de mesurer le niveau sonore de l'unité de sorte que l'équipe et les familles s'autorégulent pour assurer un environnement paisible pour le bien-être des nouveau-nés. Un sondage est disponible pour les usagères par l'intermédiaire d'un code QR transmis aux usagères dans la pochette lors du départ à la maison. De plus, un iPad pour recueillir le sondage des usagers et de leur famille est distribué par l'aide de service sur l'unité. Ceci permet de recevoir la grande majorité des rétroactions de leurs soins et services offerts, animées en réunion d'équipe. Nous pouvons souligner le souci de l'équipe d'établir et de pérenniser l'implication des usagers, mais la rétention des usagers-partenaires reste difficile au niveau opérationnel et au niveau tactique. Nous encourageons fortement l'équipe à choisir des objectifs, d'établir un plan d'action et d'ajuster les cibles à l'aide d'indicateurs de mesure.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : la double identification, la prévention des chutes, l'intégrité de la peau, la transmission des informations aux points de transition et la mise à jour d'une liste de médicaments. Nous l'invitons cependant à porter une attention particulière à la prévention de la thromboembolie veineuse.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence que l'équipe a été la première au Québec à être certifiée Bronze en 2023 et Argent en 2024 pour les soins du développement dans les services de néonatalogie offerts par l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal. L'équipe est en processus pour obtenir également la certification « Or » cette année. Par ailleurs, nous encourageons l'équipe à participer aux simulations d'urgence de l'établissement.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des parents à donner leur consentement éclairé, à accepter des soins ou services en néonatalogie, ou à les refuser.	Priorité normale
4.1.7	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé au nom du nouveau-né dans le cadre des soins et services en néonatalogie.	Priorité normale
4.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les parents sont jugés inaptes.	Priorité élevée
4.1.36	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur les indications d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.	Priorité normale
4.1.58	L'équipe suit la procédure organisationnelle en matière de contact précoce peau à peau à la suite de l'accouchement et pendant le séjour à l'unité de néonatalogie.	Priorité élevée
4.1.62	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires chez les nouveau-nés.	Priorité élevée
4.1.66	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour l'initiation des soins et services palliatifs et de fin de vie en néonatalogie.	Priorité normale

Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 94,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe du service de pédiatrie du CISSS de Laval au centre des services ambulatoires de Laval a été rencontrée dans le cadre de cette visite. Le service assure plusieurs consultations externes variées : allergie, asthme, cardiologie (avec ou sans suivi par électrocardiogramme), allaitement, troubles urinaires et suivi des prématurés. Une dizaine d'employés sont soutenus par une gestionnaire et une conseillère cadre clinique qui naviguent avec brio sur deux sites entre le service de néonatalogie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et ce dernier.

L'ambiance, la convivialité, l'entraide entre les employés soutenus par la gestionnaire encourage l'implication de l'équipe au sein du service. L'accessibilité, la fluidité des communications ainsi que la continuité des services avec les partenaires externes, internes et tous les professionnels présents sur le site ou à distance sont dignes de mention. Les formations et l'élaboration des outils standardisés d'aide à la décision clinique permettent un travail de qualité auprès des usagers. Les animations de rencontres d'équipe grâce à une station visuelle en ligne permettent une communication efficace des informations en temps opportun. Grâce à cet outil, la liste d'attente est gérée avec brio en temps opportun. Nous encourageons l'équipe à assurer la confidentialité des dossiers des usagers dans le service. Les usagers et leur famille sont reçus dans un environnement propre, dégagé, spacieux, coloré et chaleureux. Nous tenons à attirer l'attention sur la pertinence dans un service comme celui-ci qui partage l'espace avec le service de pneumologie, d'assurer la désinfection adéquate et dans les règles de l'art tous les jours dans cet environnement à risque pour les usagers qui le fréquentent. Un sondage est offert aux usagers par l'intermédiaire d'un code QR affiché dans la salle d'attente et les bureaux de consultations. Cependant, il est difficile d'obtenir les résultats des sondages dus au manque de participation. L'équipe souhaiterait obtenir l'implication d'usagers-partenaires mais ce volet reste un défi au niveau du recrutement. Nous encourageons fortement l'équipe à choisir des objectifs, d'établir un plan d'action et d'ajuster les cibles à l'aide d'indicateurs de mesure pour obtenir les résultats du sondage et l'implication des usagers-partenaires.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : l'identification des usagers, la prévention des chutes et des blessures qui en découlent, la transmission de l'information aux points de transition et la mise à jour d'une liste de médicaments. Nous tenons à souligner que la majorité des critères pour les pratiques organisationnelles requises sur l'intégrité de la peau et la prévention des chutes, qui n'étaient pas à évaluer pour ce type de soins, sont tout de même rencontrés. Nous invitons l'établissement à réfléchir s'il serait pertinent dans ce service de cliniques variées d'effectuer des audits et de planifier des activités dans le cadre du programme intégré de l'amélioration continue de la qualité de l'établissement pour soutenir ces bonnes pratiques.

En terminant, nous tenons à féliciter l'équipe pour tous les efforts pour assurer une continuité dans la trajectoire grâce à une collaboration intra et inter-établissement. Nous ne pouvons passer sous silence que l'équipe rentre dans une période de transition avec beaucoup de départ en retraite. La sécurité, la qualité et la continuité des soins et services offerts sont des points majeurs dans cette situation. Le soutien, l'amélioration, le maintien des compétences et l'expertise des professionnels nouvellement arrivés sont des priorités. Nous sommes sûrs que l'équipe sera en mesure de bien mesurer les enjeux. Un plan d'action a déjà été mis en place par la gestionnaire, soucieuse de cette situation, notamment

pour stabiliser les employés dans ce service de cliniques variées très spécialisées. Pour finir, comme nous l'avons déjà mentionné, à cause de la configuration des locaux et le cheminement des usagers au sein de la clinique, nous soulignons la nécessité d'une prévention et d'un contrôle des infections pour une sécurité adéquate et optimale des usagers et du personnel.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.3	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des soins et services de pédiatrie.	Priorité élevée
5.1.6	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service ou à le refuser.	Priorité normale
5.1.8	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où le jeune est jugé inapte.	Priorité élevée

Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 70,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 29,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les équipes rencontrées au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Laval démontrent une expertise remarquable, mettant en pratique une approche bienveillante et de réparation, fondée sur des données probantes. L'interdisciplinarité est présente et permet d'assurer des soins optimaux aux jeunes usagers. Les services offerts sont accessibles et bien intégrés, garantissant une prise en charge fluide et sécuritaire, alignée sur les meilleures pratiques du domaine. La satisfaction des usagers, mesurée à travers des sondages et des témoignages, reflète l'impact positif de cette approche. Divers outils de soutien sont mis à la disposition des équipes, tels que des formations continues, des rencontres d'équipe et des protocoles rigoureusement élaborés pour faciliter la prise de décision clinique. À cet égard, nous invitons les équipes à renforcer l'intégration des bonnes pratiques et à s'assurer de la mise à jour de l'ensemble de la documentation pertinente tout en procédant à l'élimination des anciennes versions afin que les équipes s'y retrouvent plus facilement. L'environnement général offre un cadre propre et organisé, propice aux soins. L'implication des usagers est au cœur des démarches, ce qui favorise un partenariat actif dans l'amélioration des services grâce aux retours recueillis par divers mécanismes tels que sondages et signalement d'événements indésirables. Les indicateurs de mesure sont régulièrement suivis afin d'atteindre les objectifs définis et d'adapter les stratégies en conséquence. Ils sont à communiquer et à davantage refléter la réalité terrain. Enfin, un plan d'amélioration de la qualité, impliquant activement le personnel, est à mettre en place pour les secteurs visités, cela dit, bien qu'un plan plus large soit élaboré au niveau de la Direction du programme jeunesse. Cette mesure à mettre en place pour les équipes de terrain peut permettre de répondre aux besoins évolutifs des usagers et optimiser continuellement les pratiques cliniques qui font sens dans la pratique.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes: la double identification des usagers, le repérage et l'évaluation du risque suicidaire. Nous l'invitons maintenant à porter une attention particulière à l'optimisation du maintien de l'intégrité de la peau, au programme de prévention des risques de chutes.

Nous invitons les équipes à revoir continuellement la pertinence des services offerts, car la révision des processus qui permettra à terme de gagner du temps et d'optimiser les ressources pour mieux faire face aux multiples besoins de la clientèle. Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence le concept de mentorat mis de l'avant, qui rassure les nouvelles recrues et permet une transmission rapide et structurée des connaissances, renforçant ainsi l'expertise collective. Enfin, l'Aire Ouverte constitue un projet novateur qui doit être davantage connecté aux autres types de services afin d'en mesurer pleinement l'impact et d'assurer une approche intégrée et cohérente au bénéfice des jeunes. L'équipe est encouragée à poursuivre l'évaluation pour bien mesurer le fruit de son travail, notamment par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité qui ralliera l'ensemble des parties impliquées et qui permettra de mesurer objectivement les progrès réalisés.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.9	L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour permettre aux jeunes d'indiquer leurs préférences quant au niveau d'implication souhaité de leur famille dans la prestation des services pour les jeunes en difficulté.	Priorité normale
6.1.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.	Priorité normale
6.1.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.	Priorité élevée
6.1.12	L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum des soins et services offerts pour les jeunes en difficulté.	Priorité normale
6.1.18	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.	POR
6.1.18.1	L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.19	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.	POR
6.1.19.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
6.1.19.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	
6.1.19.3	L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.	
6.1.19.4	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	
6.1.19.5	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	
6.1.19.6	L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.20	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
6.1.20.1	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	
6.1.20.2	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
6.1.20.3	L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	
6.1.20.4	L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.	
6.1.20.5	L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
6.1.27	L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de services offerts aux jeunes en difficulté.	Priorité élevée
6.1.34	L'équipe suit la procédure organisationnelle afin d'identifier les jeunes dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis à la suite d'un signalement.	Priorité élevée
6.1.42	L'équipe s'assure de disposer d'un accès à du counseling et à du soutien émotionnel en lien avec les difficultés propres à la prestation de soins et services pour les jeunes en difficulté.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.1	Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.	Priorité normale

Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 66,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 33,8 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe du service des soins pour les jeunes en difficulté (usagers admis) visités regroupe les foyers de groupes pour les jeunes, des places en internat- unité de vie (garçons et filles). Ce sont près de 5 400 signalements, dont 1 922 jeunes sont avec des mesures en applications et d'autres sont de jeunes contrevenants. L'écart entre le signalement et les mesures mises de l'avant s'explique par la proportion de jeunes qui vont demeurer chez les parents ou seront dirigés vers d'autres types de ressources. Le leitmotiv est de ne pas laisser glisser une clientèle dans le besoin, mais de s'assurer de sa prise en charge dès le signalement. Doté d'installations pour les garçons et les filles, les jeunes peuvent être placés dans des foyers de groupe à court ou à long terme ou tout simplement interné. Ces services jouent un rôle essentiel dans l'accueil et la sécurisation des enfants nécessitant une prise en charge rapide ou qui doivent être retirés de leur milieu en urgence ou à la suite d'un délit majeur. L'équipe pluridisciplinaire inclut une gamme d'intervenants, d'éducateurs et de professionnels formés pour répondre aux besoins de cette clientèle. Ces équipes dynamiques sont appuyées par un professionnel en soutien clinique et de gestionnaires chevronnés dont l'expertise permet d'assurer une prise en charge optimale et coordonnée des enfants et de leur famille lorsque c'est le cas.

L'équipe des soins et services pour les jeunes en difficulté du CISSS de Laval démontre d'une expertise remarquable, mettant en pratique une approche bienveillante et fondée sur des données probantes qui favorise l'interdisciplinarité. Les services offerts sont accessibles et bien intégrés, qui permettent une prise en charge fluide et sécuritaire, alignée sur les meilleures pratiques du domaine. La satisfaction des usagers, mesurée à travers des témoignages, reflète l'impact positif de cette approche. Bien évidemment, le jeune contrevenant ou celui placé en unité n'est pas heureux de s'y retrouver, toutefois l'équipe se permet de l'accueillir avec bienveillance dans un cadre qui peut sembler rigide pour le jeune. Divers outils de soutien sont mis à la disposition de l'équipe, tels que des formations continues, des rencontres d'équipe afin d'obtenir une concertation plus intégrée lors des interventions à réaliser auprès du jeune. La mise en place de protocole de surveillance mérite l'attention auprès des éducateurs en 15e qui vont administrer de la médication sans avoir été formés à cet effet. L'environnement général des garçons internés et celui des filles sont fort différents. Le CISSS est doté de chambres exigües, sans fenêtre et sans aération, l'hébergement des filles est à la limite de ce qui est propice à une qualité des soins et services. L'implication des usagers est au cœur des démarches des intervenants. Les indicateurs de mesure sont des outils pour mesurer l'atteinte des résultats et se doivent d'être communiqués aux équipes. Toutefois, des adaptations sont à faire dans les pratiques organisationnelles sécuritaires afin de faire sens auprès des équipes qui ont à les appliquer. Enfin, un plan d'amélioration de la qualité est réalisé au niveau de la Direction du programme, mais semble peu pris en considération par l'équipe terrain, car ils se sentent parfois loin de ce type de préoccupations. Afin de répondre aux besoins évolutifs des usagers et d'optimiser continuellement les pratiques cliniques, nous invitons les gestionnaires à demeurer sensibles aux réalités vécues par les équipes et faire en sorte que les équipes soient fières d'y recourir et d'y participer.

En ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises, nous félicitons les équipes pour la conformité à la double identification des usagers. Nous les invitons maintenant à porter une attention particulière à la prévention des chutes, à l'optimisation de l'intégrité de la peau, le maintien de la liste à jour des médicaments, et ce pour tous les sites d'hébergement.

En terminant, nous souhaitons souligner l'immense travail accompli par les équipes dans leur volonté d'harmoniser les pratiques à travers les secteurs visités. L'engagement et la détermination dont elles font preuve témoignent d'une approche réfléchie et proactive pour assurer des services adaptés aux jeunes. Nous avons pu constater à quel point les services offerts garantissent un accompagnement de qualité, avec des intervenants investis et profondément soucieux du bien-être des jeunes. Cette attention portée aux usagers est une force précieuse qui mérite d'être saluée. À cet égard, nous félicitons les équipes pour leur positivisme et leur professionnalisme, qu'elles ont su maintenir avec rigueur et bienveillance lors des échanges, et ce, malgré un contexte provincial et médiatique rempli de défis. Leur résilience et leur engagement sont des éléments clés dans la poursuite de cette mission essentielle. Nous les encourageons à continuer sur cette lancée et à maintenir leur approche basée sur l'excellence et l'adaptation constante aux besoins évolutifs de la clientèle. Leur travail fait une réelle différence et contribue à renforcer la qualité des services tout en valorisant l'expertise collective.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.	Priorité normale
7.1.11	L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.	Priorité élevée
7.1.12	L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum des soins et services offerts pour les jeunes en difficulté.	Priorité normale
7.1.14	L'équipe respecte les lignes directrices sur la gestion des conflits, des crises et des urgences vécues par les jeunes et leur famille.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.18	<p>L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.</p> <p>7.1.18.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.</p> <p>7.1.18.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.</p> <p>7.1.18.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.</p>	POR
7.1.19	<p>L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>7.1.19.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.19.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.19.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.</p> <p>7.1.19.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.</p> <p>7.1.19.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.19.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.23	L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins du jeune et qui tient compte de ses préférences.	Priorité élevée
7.1.24	L'équipe évalue l'évolution de la situation des jeunes et de leur famille, sur une base continue, de manière à ajuster le plan de soins et services individualisé.	Priorité élevée
7.1.27	L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de services offerts aux jeunes en difficulté.	Priorité élevée
7.1.29	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
7.1.29.4	L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	
7.1.29.5	<p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.32	L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé du jeune.	Priorité normale
7.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
7.2.3	Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
7.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée
7.2.8	Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.	Priorité normale