



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Saint-Jérôme, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 28 mai au 2 juin 2023

Date de production du rapport : 13 juillet 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (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 2023. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	15
Résultats détaillés de la visite	17
Résultats pour les manuels d'évaluation	18
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	18
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	22
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	27
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	29
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	33
Annexe A - Programme Qmentum	36

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (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 : 28 mai au 2 juin 2023**

- **Emplacements**

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

1. CASIS Rivière-Rouge
2. CASIS Rosemère
3. Centre de réadaptation DI TSA de Mont-Laurier
4. Centre de réadaptation DI TSA Rosemère
5. Centre de réadaptation DI TSA Saint-Agathe
6. Centre de réadaptation DI-TSA - Marlyne la p'tite girafe
7. Centre de réadaptation en déficience physique de Blainville
8. Centre de réadaptation en déficience physique de la rue Boyer
9. Centre de réadaptation en déficience physique de Mont-Laurier
10. Centre de réadaptation en déficience physique et de services externes pour les aînés d'Youville
11. Centre de services de Rivière-Rouge- Unité du 3e Nord
12. CISSS des Laurentides
13. Hôpital de Saint-Eustache
14. Pavillon Philippe Lapointe
15. RAC Saint-Jérôme

- **Manuels d'évaluation**

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

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

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	1	1	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	37	0	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	87	20	13	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	145	4	8	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	27	0	0	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	86	21	5	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	392	47	26	465

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	30 (75,0%)	10 (25,0%)	0	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0	70 (79,5%)	18 (20,5%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	17 (77,3%)	5 (22,7%)	8	37 (94,9%)	2 (5,1%)	9	54 (88,5%)	7 (11,5%)	17
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	28 (84,8%)	5 (15,2%)	2	58 (98,3%)	1 (1,7%)	0	86 (93,5%)	6 (6,5%)	2
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	32 (97,0%)	1 (3,0%)	4	53 (96,4%)	2 (3,6%)	3	85 (96,6%)	3 (3,4%)	7
Total	137 (86,7%)	21 (13,3%)	14	234 (94,7%)	13 (5,3%)	12	371 (91,6%)	34 (8,4%)	26
Total	137 (86,7%)	21 (13,3%)	14	234 (94,7%)	13 (5,3%)	12	371 (91,6%)	34 (8,4%)	26

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, la Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique (DPDRP) dispense aux personnes, atteintes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme ou de déficience physique (DI-TSA-DP), et à leur famille, des services de soutien à domicile, de réadaptation et de répit, dans l'objectif de favoriser leur intégration sociale, leur autonomie et leur mieux-être. Le personnel de la direction offre des services de proximité spécialisés ou spécifiques, en fonction des besoins des usagers du territoire. Les services sont offerts aux usagers de tous âges (jeunesse, adultes et aînés) et sous différentes formes (clinique, financier, soutien). Les services sont fournis, soit dans un contexte d'hébergement permanent ou temporaire, soit en mesure de soutien dans le milieu de vie des personnes concernées. Le partenariat avec les organismes communautaires et les ressources de la communauté est fort développé. L'accessibilité aux services est déterminée par le Guichet d'accès DI-TSA-DP et sur référence d'un professionnel, d'un médecin ou d'un établissement.

De façon générale, la culture de l'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques sont des concepts bien ancrés dans la philosophie de gestion de l'établissement. Les personnes rencontrées ont témoigné de l'importance que revêt cette priorité organisationnelle dans les décisions qui sont prises au quotidien. La culture de la mesure est un autre chantier qui porte de plus en plus ses fruits, les échanges avec les gestionnaires font foi de l'intégration de ce mode de gestion.

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont en majorité respectées dans cette direction. Celles portant sur le bilan comparatif des médicaments, la formation et les audits sur l'hygiène des mains, la formation sur les pompes à perfusion, l'identification des usagers, le mécanisme de déclaration des événements indésirables, la prévention de la congestion au service des urgences, la prévention des plaies de pression et la prophylaxie de la thromboembolie veineuse sont conformes aux standards attendus en qualité. Néanmoins, un travail demeure en ce qui concerne certaines pratiques, soit l'évaluation des risques à domicile, la prévention du suicide, les soins efficaces des plaies, la stratégie de prévention des chutes et le transfert de l'information aux points de transition. L'établissement est invité à poursuivre activement ses travaux afin d'augmenter la sécurité des pratiques qui sont plus à risque.

En ce qui concerne la continuité dans les trajectoires de services, l'équipe visiteuse souligne l'excellente collaboration entre les équipes pour améliorer l'expérience des usagers et de leurs proches à cet égard. Le transfert de l'information est aussi un aspect qui s'améliore constamment, de même que la standardisation des outils qui sont utilisés. Certains travaux devront être finalisés pour ce dernier aspect, mais force est de constater que de grandes avancées ont eu lieu.

L'approche centrée sur les usagers est en partie bien ancrée dans la culture organisationnelle. En effet, en ce qui concerne la notion de partenariat avec les usagers et les proches, les équipes démontrent un grand souci pour leur assurer une participation pleine et active, tant dans les soins et les services qu'ils reçoivent, que

dans la prise de décision qui les concerne. Les services sont aussi conçus et révisés avec l'apport des usagers, en mettant à profit les résultats de sondages, d'enquêtes ou d'analyses de risque dans leurs réflexions. Plusieurs projets sont menés en co-construction avec des usagers partenaires et la collaboration à ce niveau est digne de mention. Toutefois, l'établissement est encouragé à aller plus loin dans l'implication des usagers et des proches dans l'organisation des services, de la planification à la conception, jusqu'à la révision de l'offre de services, et ce, dans l'ensemble des services. Déjà, la contribution d'usagers ressources commence à porter des fruits dans les activités de gestion et les équipes sont encouragées à poursuivre sur cette lancée. Il serait judicieux aussi d'impliquer des usagers dans la confection de plans d'amélioration de la qualité, pour accroître la richesse des échanges et apporter une autre dimension à la démarche.

L'approche interdisciplinaire, qui représente le degré d'intégration et de collaboration des différentes disciplines dans un contexte d'intervention clinique, est très développée au sein de la direction DI-TSA et DP. Les équipes sont félicitées pour l'importance accordée à ce chapitre et elles sont encouragées à poursuivre en ce sens.

Finalement, il convient de souligner que certaines pratiques en lien avec la sécurité des usagers sont bien maîtrisées, soit celles en matière de gestion des médicaments et prévention et contrôle des infections. Les pratiques reliées au nettoyage des équipements et des instruments seront à parfaire, notamment en ce qui concerne le nettoyage du matériel roulant et du matériel utilisés en réadaptation.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.50 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.51 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.63 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.66
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.44

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.53 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.43 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.30 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.31
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.52 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7
<p>Soins efficaces des plaies Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.44

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.14 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.15 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.16 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
1.5.17 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
1.5.18 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	

1.5.19	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
1.5.20	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.5.21	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
1.5.22	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7.1	Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
1.7.2	La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 1 - Excellence des services		

Les soins et les services offerts pour chaque usager sont conçus en partenariat avec eux. Le mode collaboratif ou en interdisciplinarité est bien présent dans la grande majorité des services. Une forte cohésion interdirections a été constatée et ce partenariat est mis au profit des usagers, afin qu'ils reçoivent des services continus et harmonisés dans les pratiques.

Par ailleurs, l'établissement est invité à intensifier l'implication des usagers et des familles dans les décisions relatives à la planification et la conception des services et dans les projets d'amélioration continue. Sur le même sujet, il convient de mentionner que les comités des usagers sont très actifs dans plusieurs secteurs. Néanmoins, la direction est encouragée à prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer de cette même intensité d'action pour tous les services.

Un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) structuré, avec des cibles d'amélioration, des objectifs mesurables et des moyens, des indicateurs de mesure, des responsables ainsi que des

échanciers devra être élaboré. Ce plan devrait être conçu avec des cibles d'amélioration cohérentes avec les priorités et les objectifs organisationnels. Enfin, l'établissement est encouragé à concevoir des activités d'amélioration de la qualité en menant des mises à l'essai pour atteindre les objectifs. La diffusion à grande échelle des activités d'amélioration de la qualité et des résultats qui en découle contribuera à accentuer une culture de la qualité et de la sécurité dans l'organisation.

Les équipes démontrent une forte connaissance des procédures reliées à la gestion des risques. Dans les faits, les visiteurs ont été à même de constater cette approche dans les dossiers consultés, culture bien implantée dans les mœurs organisationnelles. La déclaration, la divulgation et les mesures de soutien sont des aspects connus des membres des équipes et bien appliqués.

Les activités de formation, riches et diversifiées, sont omniprésentes dans toutes les équipes, notamment grâce à la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA). L'établissement a repris rapidement depuis la pandémie, les activités de formation, permettant ainsi aux intervenants de se tenir à jour à l'égard des meilleures pratiques.

Les activités de recherche sont connues et encouragées. Les membres y participent avec rigueur lorsque l'occasion se présente. Ils se sentent bien appuyés éthiquement, pratiquement et scientifiquement dans les modalités reliées aux différents projets de recherche.

Les visiteurs ont constaté que les systèmes d'information clinique sont complexes et fragmentés. En effet, plus de six systèmes d'information sont utilisés et ceux-ci n'ont aucune interface et aucune interopérabilité entre eux. Cette réalité devient un enjeu majeur qui augmente considérablement les risques pour les usagers.

En ce qui concerne les mesures d'urgence, les intervenants reçoivent une formation complète lors de l'embauche. Les services ont l'occasion de se préparer à des exercices de simulation pour les incendies. L'établissement est encouragé à accentuer ces pratiques et surtout à implanter des exercices de simulation pour les autres types de mesures d'urgence qui pourraient survenir, comme la menace d'une arme à feu, le confinement, les alertes à la bombe et autres. La résidence à assistance continue (RAC) et les petites cliniques dispensant des services externes devront aussi être mises à contribution dans ces exercices, en les adaptant à la condition des usagers.

Le processus d'appréciation de la contribution demeure un enjeu, celui-ci étant réalisé à géométrie variable selon les secteurs. Néanmoins, lorsqu'ils sont réalisés au sein des équipes, les résultats servent de base aux discussions quant aux objectifs professionnels des intervenants au sein de l'établissement. Ce moment est aussi l'occasion pour le personnel d'encadrement de reconnaître la contribution essentielle des membres de leur service.

Des rencontres de gestion ont lieu pour discuter des données d'audits, de priorités et d'indicateurs de mesure. La direction est vivement encouragée à aller au-delà de la prise d'indicateurs, afin d'utiliser ces données de façon judicieuse dans une perspective de gestion par objectifs mesurables. Ceci favorisera le développement de la culture de la mesure à grande échelle dans l'organisation.

Les notions sur le concept de l'éthique sont bien comprises. Les formations ont grandement contribué à engendrer cette pensée réflexive et à solliciter le comité d'éthique lorsque le besoin survient. Le comité d'éthique de l'organisation est tout de même encouragé à accentuer la promotion de son rôle et à diffuser la façon d'avoir accès à cette expertise, riche et tellement pertinente pour la clientèle en DI-TSA et DP.

Plusieurs instances travaillent sur les lignes directrices et les données probantes. Toutefois, les visiteurs ont constaté qu'il n'existe pas de procédure normalisée pour choisir les lignes directrices. L'établissement est invité à formaliser ce processus.

Finalement, les équipes sont encouragées à poursuivre sur cette lancée qui reflète bien la volonté de la direction à vouloir faire autrement, dans une perspective d'approche de réadaptation personnalisée et significative auprès de la clientèle.

Les usagers rencontrés ont exprimé unanimement leur grande satisfaction à l'égard des services reçus. Le personnel fait l'objet d'éloges sur leur professionnalisme, leur souci de bien faire et la personnalisation de chaque service rendu. Ils démontrent une attitude très respectueuse des usagers et font preuve de bienveillance. L'équipe visiteuse accueille avec enthousiasme ces témoignages et invite les équipes à prendre un moment pour célébrer tout le travail accompli dans l'objectif de faire une différence dans la vie des personnes qui bénéficient de leur savoir, de leur savoir-faire et de leur savoir-être.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	
2.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.12 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
<p>2.1.44 Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.</p> <p>2.1.44.1 Une approche consignée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche donne accès à l'expertise appropriée compte tenu de la population de patients.</p> <p>2.1.44.4 Des méthodes éclairées par des données probantes sont utilisées pour évaluer les nouveaux usagers en vue d'établir ou de confirmer le diagnostic de la plaie et pour mettre au point un plan de soins individualisé qui se penche sur la ou les causes de la plaie.</p> <p>2.1.44.6 Des documents normalisés sont mis en oeuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).</p> <p>2.1.44.7 Un processus est en place pour partager l'information au sujet des soins de la peau et des plaies des usagers entre les prestataires, particulièrement aux points de transition des soins.</p>	

2.1.44.8	L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour dispenser les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., temps de guérison, douleur, etc.); cette information est utilisée pour apporter des améliorations.	
2.1.47	Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.	
2.1.50	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
2.1.50.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
2.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
2.1.50.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
2.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
2.1.51	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.52	Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.	POR
2.1.52.1	Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.	

2.1.52.2	L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'utilisateur et des mesures d'urgence.	
2.1.52.3	L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.	
2.1.53	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	
2.1.53.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
2.1.53.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.1.53.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	
2.1.53.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	
2.1.53.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	
2.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	
2.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	
2.4.3	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 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

La déficience physique usagers inscrits a fait l'objet de cette visite. Les secteurs rencontrés sont situés à Blainville, Saint-Jérôme, Mont-Laurier, Youville et Saint-Eustache.

Des équipes engagées, humaines et flexibles ont été rencontrées. Compte tenu de la pénurie de la main-d'œuvre, les professionnels acceptent de partager les responsabilités afin de mieux répondre aux besoins des usagers. L'interdépendance et la complémentarité professionnelles ont comme impact une diminution du temps d'attente et une amélioration de l'accès aux services. La collaboration avec les partenaires est décrite comme étant efficace et les équipes pour les usagers inscrits (Jeunesse) auraient avantage à travailler avec les partenaires afin de mieux préparer les enfants à transitionner vers les services offerts aux adultes.

Dans une perspective d'amélioration des connaissances, le personnel a l'opportunité de participer à des formations et d'exprimer leur appréciation en regard du programme de formation électronique ENA (Environnement numérique d'apprentissage). Afin d'optimiser la sécurité des usagers, l'unité est encouragée à participer à des exercices de simulation de code bleu sur une base régulière.

En regard des pratiques organisationnelles requises, plusieurs ont été atteintes à l'exception du dépistage du risque de suicide chez les usagers. L'établissement est encouragé à évaluer tous les usagers afin de dépister le risque de suicide. Le programme d'hygiène des mains est suivi attentivement et l'unité est encouragée à partager les résultats d'évaluation avec le personnel de même qu'avec les usagers et leurs familles. Par ailleurs, au niveau de la prévention des infections, le processus de nettoyage des équipements n'adhère pas toujours aux protocoles de nettoyage et de décontamination établis par les fabricants. L'établissement aurait avantage à revoir ces pratiques et à harmoniser le processus de nettoyage des équipements à travers les secteurs DP.

Les usagers et les familles ont exprimé leur satisfaction en regard de la qualité des soins qu'ils ont reçus et ont apprécié leur implication dans la planification et dans la mise en place des soins et des services. Les usagers se sentent soutenus, respectés et encouragés à se prendre en charge. La satisfaction des usagers est recueillie régulièrement par le personnel et permet de mettre en place des améliorations; on peut citer, par exemple, le fait d'espacer les interventions thérapeutiques et d'offrir aux usagers la possibilité de prendre une pause entre les traitements.

En ce qui a trait aux droits et aux responsabilités (DR) des usagers, l'établissement est encouragé à assurer que les mécanismes sont en place pour que les usagers les connaissent leurs DR.

En ce qui a trait à la documentation, le dossier de l'utilisateur est en format hybride, ce qui peut entraîner de la duplication d'informations et poser un risque pour l'utilisateur. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts afin d'assurer une documentation standardisée et sécuritaire. À cet égard, et à la lumière de la multitude de plateformes utilisées pour inscrire les notes au dossier des usagers (Système d'information pour les personnes ayant une déficience/SIPAD, section R, dossier papier) les équipes sont encouragées à

poursuivre des exercices d'audits qui mettent en relief des critères pour valider la cohérence des notes au dossier des usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	
3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.43.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
3.1.44 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 3.1.44.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.51.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	

L'unité de réadaptation intensive (URFI) Youville et l'URFI du Pavillon Philippe Lapointe ont fait l'objet de la visite.

Aux centres de réadaptation des usagers admis en déficience physique (DP), tous les membres du personnel rencontrés sont enthousiastes, attentionnés, respectueux et flexibles. La grande collaboration

interprofessionnelle et la communication transparente contribuent à promouvoir un excellent environnement de travail.

Des collaborations solides qui existent avec les organismes partenaires permettent un arrimage harmonieux pour bien planifier le congé des usagers.

Le perfectionnement professionnel a été cité comme une priorité organisationnelle et les membres des équipes ont exprimé leur appréciation en regard des formations en ligne qui leur sont offertes, en particulier, l'environnement numérique des apprentissages (ENA).

Les soins et les services sont fondés sur des modèles de pratiques exemplaires et sur des lignes directrices fondées sur des données probantes. Les politiques et les procédures sont régulièrement consultés par le personnel et guident leurs pratiques. Le personnel articulait clairement les outils d'évaluation des chutes, des plaies par pression, et pouvait expliquer les divers audits implantés pour assurer la sécurité des patients (double identification, prévention des chutes, hygiène des mains, évaluation de l'anxiété et de la dépression, pour en citer quelques-uns). À cet égard, les équipes de soins sont encouragées à amorcer des discussions sur l'amélioration de la qualité des soins. Un tableau de qualité affiché dans un endroit stratégique peut servir d'inspiration pour faciliter les échanges.

Les équipes cliniques effectuent des tournées régulières dans les chambres des usagers et utilisent cette opportunité pour évaluer la sécurité des lieux et la satisfaction de la clientèle. À cet égard, la cafétéria des usagers s'est récemment dotée de tables ajustables marguerites qui assurent la sécurité des usagers au moment des repas. Au niveau de la satisfaction des usagers, le Groupe de Gestion de l'Énergie a été créé. Cette approche vise à introduire des pauses durant les traitements afin de réduire la fatigue ou la douleur susceptibles d'être ressenties par les usagers.

Les usagers rencontrés durant la visite ont expliqué le processus de plainte/compliment, et ils ont apprécié le fait de connaître leurs droits et leurs responsabilités. Ils ont également louangé la qualité de la communication avec le personnel et apprécient la stabilité de l'intervenant qui leur est affecté. Ils apprécient également leur implication dans la prise de décision concernant leurs soins.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	
<p>4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>4.1.7.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.</p> <p>4.1.7.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.</p> <p>4.1.7.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.</p> <p>4.1.7.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.</p> <p>4.1.7.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.</p>	
<p>4.1.26 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.</p>	
<p>4.1.27 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.</p>	
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	

<p>4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.63.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>4.1.63.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>4.1.64 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>4.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	!
<p>4.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.</p>	!
<p>4.4.3 Pour chaque nettoyant 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.</p>	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)

Les équipes des services spécifiques en DI-TSA sont réparties par points de service sur le territoire et interviennent auprès des usagers et leur famille dans leurs différents milieux de vie. Ces services, de soutien et d'accompagnement, de développement ou de reprise des habitudes de vie, sont offerts avec la participation de l'utilisateur (0-100 ans) et de sa famille et correspondent à la gamme de service favorisant une proximité dans l'offre de service.

Ce qui a marqué, lors des visites, c'est que chaque membre constituant les équipes qui offre des services à la clientèle inscrite en DI-TSA est animé par les valeurs phares que préconise l'établissement. Les équipes sont très motivées, engagées et orientées vers le bien-être biopsychosocial de chaque usager et ses proches.

Une bonne pratique de gestion humaniste, bienveillante et en lien avec les valeurs de l'établissement est notée. Des pratiques saines dans la gestion des ressources humaines avec une « surstructure » claire à la place des surcroûts mériteraient d'être formalisées afin de pouvoir répondre aux besoins de la clientèle et contribuer à la rétention du personnel ayant une expertise dans ce domaine.

Une bonne conformité est observée pour la majorité des POR; toutefois, il reste encore quelques tests de conformité à réussir. Au niveau de l'évaluation de l'efficacité du transfert de l'information aux points de transition, un tour de roue serait nécessaire, de même que pour le dépistage du risque suicidaire qui est en déploiement et dont l'implantation dans tous les secteurs n'est pas encore optimale. Une grille de dépistage plus adaptée à la clientèle DI-TSA tel pour le processus AUDIS (autisme, Déficience intellectuelle, suicide) gagnerait à être mieux connue dans l'établissement.

La double vérification indépendante (DVI) est importante et est présente dans la majorité des secteurs visités. L'établissement est invité à refaire un tour de roue avec la formation au niveau du point de service à Sainte-Agathe afin d'atteindre ce critère à priorité élevée.

Les défis importants sont surtout au niveau de l'informatisation du dossier de chaque usager qui se retrouve dans plusieurs systèmes qui ne communiquent pas. Ceci ajoute un enjeu préoccupant de sécurité pour la clientèle sur un territoire de l'ampleur du CISSS des Laurentides.

Il est important de souligner la grande collaboration des partenaires, plus de 200 employeurs en intégration du travail auprès des usagers. Également, la remise d'attestation de reconnaissance à ces employeurs partenaires démontre de l'excellence de la collaboration entre les deux parties.

Plusieurs projets novateurs et mobilisateurs sont à souligner. Quelques-uns qui gagneraient à être partagés avec d'autres organisations seront mis en évidence. Le programme APPROSH-projet de recherche par la musique pour la réadaptation des usagers, l'élaboration avec les usagers partenaires du code d'éthique en pictogramme, le comité d'accueil des nouveaux employés qui vise l'intégration structuré dans le service des nouveaux employés.

Les deux projets, « Bons voisins » dans les Hautes-Laurentides et « CASIS Mobile », mériteraient d'avoir une attention particulière de l'établissement en vue d'explorer la possibilité de les soumettre comme pratiques exemplaires au niveau d'Agrément Canada. Selon les visiteurs, ces pratiques novatrices sont uniques au Canada et leur rayonnement permettra à d'autres organisations de s'en inspirer.

Les équipes témoignent d'une grande motivation à réaliser les nombreux projets amorcés et parlent d'une belle vague de changement. Les gestionnaires sont en recherche de solutions novatrices pour pourvoir les postes vacants et de nouveaux titres d'emploi ont été explorés. Chaque usager a un intervenant pivot et peut s'y référer en tout temps ainsi qu'au guichet d'accès qui agit à titre de suppléance. L'organisation du travail est donc adaptée en fonction des ressources et des besoins de la clientèle et de nouvelles pratiques assurent une réponse plus rapide aux besoins ponctuels des usagers.

Les partenariats sont nombreux et la concertation est régulière. Des ajustements mutuels sont réalisés afin de maintenir des collaborations de qualité au service des usagers. Les plans d'interventions interdisciplinaires sont réalisés et suivis. Des ententes avec plusieurs organismes sont signées et favorisent une meilleure intégration des usagers.

Une grande fierté exprimée par les équipes c'est que «les choses mises en place perdurent dans le temps». Les souhaits des équipes touchent le plan d'accès afin de pouvoir prendre en charge la clientèle plus rapidement possible et définir davantage les paramètres pour les centres d'activités spécialisées en intégration sociale (CASIS) dans le but de servir plus d'usagers. Les équipes sont félicitées pour leur grand engagement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)	
5.1.14 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux et psychosociaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.	
5.1.28 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
5.1.66 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 5.1.66.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
5.1.67 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation. 5.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	

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

La résidence à assistance continue (RAC) Saint-Jérôme (9 lits), offre des services d'intervention intensifs et continus aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les objectifs de ce programme s'inscrivent autour de l'accueil et de l'hébergement de l'utilisateur dans un milieu de vie adapté pour lui. Une grande importance est accordée au travail d'équipe et au respect du point de vue de l'utilisateur et de ses proches. Le service est adapté et est en adéquation avec les usagers et leur plan de vie.

Un très bon climat est observé; les équipes travaillent en interdisciplinarité et témoignent de leur grande satisfaction à exercer leur profession avec cette clientèle. Des équipes passionnées, engagées et soucieuses du bien-être des usagers et leurs proches ont été rencontrées. Les travaux importants faits par la chef de service dans l'organisation des services de la RAC ont conduit à une réduction de 75 % de la main-d'œuvre indépendante. Ceci est un élément important à souligner, car cela a un impact direct sur la qualité et la sécurité des usagers en diminuant les épisodes de désorganisation causés par des intervenants non connus de la clientèle.

Il convient de saluer la rigueur et le professionnalisme du personnel qui souhaite l'amélioration autant de l'environnement physique que des pratiques cliniques. Les usagers témoignent de la qualité des soins et des services qu'ils reçoivent; ils font confiance aux professionnels et se sentent respectés. Ils décoorent leur chambre selon leur goût et sont fiers de montrer leur environnement.

Il est noté que l'immeuble de la RAC est en train de vivre des travaux de modernisation grâce au soutien de la Fondation ainsi qu'à l'implication des intervenants et de la gestionnaire. Ces travaux vont permettre d'offrir aux intervenants et aux usagers un milieu de travail et de vie sain et sécuritaire. Certaines pratiques organisationnelles requises sont conformes et d'autres nécessitent une attention particulière au niveau de certains tests de conformité. Même si les informations sont transmises aux points de transition, l'évaluation de l'efficacité reste à être implantée.

Les dossiers des usagers sont complets au niveau psychosocial et comportemental. Toutefois, les visiteurs n'ont pas retrouvé un suivi de santé ni de résumé médical dans le dossier. L'établissement est invité à se doter d'un processus standardisé pour la prise en charge de l'état de santé des usagers dans la RAC pour leurs suivis réguliers.

L'amélioration de la communication entre les divers secteurs, alors qu'il y a une consignation informatisée, sera plus que recommandée afin d'assurer la sécurité des usagers. De plus, l'optimisation des systèmes d'information permettront un accès en temps réel au dossier complet d'un usager hébergé dans la RAC qui doit se présenter dans un centre hospitalier pour une instabilité ou une urgence.

L'unité du 3e Nord à Rivière-Est (20 lits) est une unité de soins et de réadaptation intensive en troubles graves du comportement (TGC). Les usagers y sont admis à la suite d'un bris de fonctionnement dans la communauté et après l'évaluation clinique complète et la stabilisation des usagers, le processus de réadaptation est mise en place avec le but que l'utilisateur retourne dans sa communauté.

Un très bon climat de travail est observé. Toutefois, les besoins exigeants et diversifiés de cette clientèle amènent une rotation élevée. À cela s'ajoute l'éloignement physique de cette installation sans, par ailleurs, que la reconnaissance de cet éloignement soit formalisée. La gestionnaire en place utilise la créativité dans l'attraction et la rétention du personnel. Cependant, les postes temporaires «surcroît » ne sont pas intéressants pour le personnel expérimenté. Des pratiques de saine gestion impliquent des cahiers de poste ayant une « surstructure » intégrée afin de pouvoir pallier les besoins ponctuels et de permettre à tous les professionnels l'accès aux formations.

Il est noté que l'étage de l'unité se prépare pour des travaux de modernisation et de mise à niveau afin d'assurer un milieu de travail et de vie sain et sécuritaire. L'établissement est invité à inclure les deux sections de l'unité ainsi que le poste de soins lors de la planification des travaux. Une nouvelle salle d'isolement sera requise pour chaque section, de même que l'aménagement de la salle « Galerie » pour les usagers. Il faudra revoir la climatisation pour le poste des intervenants également. L'acquisition des appareils médicaux adaptés et répondant aux défis de la clientèle sera un incontournable. Les appareils à pression actuels sont très lents et demandent qu'on reprenne les signes vitaux à plusieurs reprises ; cependant, la clientèle n'a pas la patience d'attendre ou de reprendre plusieurs fois un paramètre. Également, le réfrigérateur des médicaments n'a pas un thermomètre à minima et maxima, ce qui ne permet pas d'assurer la qualité des médicaments réfrigérés.

L'établissement est invité à se doter des grilles de dépistage et d'évaluation adaptés et accessibles afin de mieux cerner les usagers à risque de suicide, de faire des évaluations du risque de chute adéquat ainsi que de pouvoir évaluer des signes neurologiques adéquatement. Les intervenants souhaitent implanter toute nouvelle pratique, mais le sentiment de ne pas avoir les moyens est très présent. «., un autre formulaire qui ne s'applique pas à nos usagers». Il convient de souligner une tenue de dossier impeccable. Une pratique méritant notre attention est le projet « APPROSH ». C'est un projet de recherche fait en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce projet est déjà implanté pour les usagers inscrits au Centre d'activités spécialisées en intégration sociale (CASIS) de Rivière-Rouge et il pourrait faire partie d'une pratique exemplaire selon les critères d'Agrément Canada. Également, l'implantation du Système de communication et d'organisation du travail intégré (SCOTI) est un projet qui mérite d'être souligné.

Bonne continuation!

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.