



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Châteauguay, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 19 au 24 mars 2023

Date de production du rapport : 3 mai 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (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 mars 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
Commentaires de l'organisme	15
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	18
Résultats pour les manuels d'évaluation	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	21
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	25
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 de la Montérégie-Ouest (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 : 19 au 24 mars 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. CHSLD de Châteauguay
2. CHSLD et centre de réadaptation en déficience physique de Vaudreuil-Dorion
3. CISSS de la Montérégie-Ouest
4. CRDITSA - Résidence Pacific - Saint-Hubert
5. CRDITSA – Maison Lily Butters - Saint-Hyacinthe
6. CRDITSA – Résidence Dépelteau
7. CRDITSA – Résidence Drouin
8. CRDITSA – Résidence Hector
9. CRDITSA – Résidence Nielsen - Saint-Hubert
10. CRDITSA – URCI Jeunesse Longueuil
11. CRDITSA de Boucherville
12. CRDITSA de Delson
13. CRDITSA de l'avenue Trudeau

14. CRDITSA de la rue Salaberry Ouest
15. CRDITSA de Vaudreuil-Dorion
16. CRDITSA du chemin de Chambly
17. CRDITSA et CRDP de L'île-Perrot (SNT)
18. CRDP de Boucherville
19. CRDP de la rue Dessaulles
20. CRDP de la rue Saint-Pierre Est
21. CRDP du chemin de Chambly









• **Manuels d'évaluation**

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

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

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	37	0	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	82	21	17	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	7	2	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	128	6	23	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.)	102	3	7	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	386	32	47	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	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	22 (91,7%)	2 (8,3%)	6	35 (97,2%)	1 (2,8%)	12	57 (95,0%)	3 (5,0%)	18
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0	41 (91,1%)	4 (8,9%)	1	67 (89,3%)	8 (10,7%)	1

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)	26 (92,9%)	2 (7,1%)	7	48 (98,0%)	1 (2,0%)	10	74 (96,1%)	3 (3,9%)	17
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	30 (93,8%)	2 (6,3%)	5	53 (100,0%)	0 (0,0%)	5	83 (97,6%)	2 (2,4%)	10
Total	142 (92,2%)	12 (7,8%)	18	225 (97,4%)	6 (2,6%)	28	367 (95,3%)	18 (4,7%)	46
Total	142 (92,2%)	12 (7,8%)	18	225 (97,4%)	6 (2,6%)	28	367 (95,3%)	18 (4,7%)	46

* 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))	Non Conforme	2 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))	Non Conforme	0 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	2 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	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 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))	Non Conforme	0 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	0 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	0 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	1 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	4 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	2 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	7 sur 8

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

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Les visiteurs ont constaté pour le programme-service DI-TSA une nette préoccupation de la gestion de la qualité et des risques : les environnements dans les ressources d'assistance continue ont tous été réfléchis pour éviter des blessures aux personnes accueillies, avec des murs capitonnés par exemple, le port de brassards par les intervenants responsables de la médication, la présence de gros ballons pour faciliter de la distanciation avec les personnes en crise, des plans d'intervention élaborés avec les familles et le SQECGT (Service québécois d'expertises en troubles graves du comportement) de façon à ce qu'ils respectent les meilleures pratiques.

Compte-tenu de la gestion difficile des ressources humaines, les suivis des contributions au rendement sont davantage centrés sur les nouvelles embauches, même si l'importance d'une évaluation annuelle de chaque membre du personnel n'est plus à démontrer.

Il n'a pas été constaté de salles de pilotage actives, par contre le programme est impliqué dans des plans d'action au niveau de l'hébergement afin que chaque personne puisse dans toute la mesure du possible être admise au bon endroit avec un bon pairage et l'équipe conséquente, formée pour la soutenir en lien avec ses besoins au niveau de sa réadaptation et de sa sécurité. Il a été constaté que beaucoup d'investissements dont le nouveau projet de l'URCI, vont dans ce sens. Ceci dit cinq milieux accueillent actuellement des personnes « en débordement », compte-tenu que la liste d'attente reste majeure.

Certaines pratiques organisationnelles requises demeurent en appropriation par les équipes visitées. Elles ne sont que partiellement conformes, principalement le bilan comparatif aux médicaments pour les usagers admis dans les ressources à assistance continue. (du fait que l'établissement les considérait comme des usagers inscrits). Le projet d'introduction d'infirmiers auxiliaires dans ce milieu aidera à contribuer encore davantage à la réduction d'erreurs de médicaments. Les POR concernant l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile ainsi que la prévention du suicide ne sont pas non plus rencontrées pour les usagers inscrits. L'établissement est aussi invité à se doter de mécanismes continus d'audits ou d'autoévaluations de la conformité à l'hygiène des mains. En contrepartie, il est à souligner que la formation dans ce domaine est remarquable. La transmission de l'information aux points de transition est sans aucun doute une force à souligner dans le programme.

La continuité et la fluidité des services et des programmes sont une force de l'établissement qui se démarque par une offre de service adaptée et continue à la clientèle en demande de services que ce soit pour les enfants ou pour les adultes. Les outils utilisés sont standardisés dans le programme. De plus le partenariat avec les organismes communautaires contribue à cette fluidité. Le défi de la disponibilité de certains types d'hébergement avec la réalité de la complexité de la clientèle en troubles graves du comportement, rencontre des enjeux qui sont connus de la direction DI-TSA. Des actions conséquentes sont en cours pour y faire face.

L'éthique est un outil facilement utilisé par les équipes confrontées à des choix difficiles.

Les intervenants rencontrés ont démontré combien ils sont motivés à impliquer les usagers à prendre du pouvoir sur leur vie, à quelque degré que ce soit. Les familles sont également étroitement associées au cheminement des usagers et leurs besoins de soutien sont répondus. Il apparaît cependant important de souligner que l'implication des usagers et des familles dans la gouvernance des ressources, et leur implication à des niveaux locaux ou stratégiques ne sont pas encore implantés dans un processus systématique.

L'approche interdisciplinaire est déployée grâce à des employés dotés de formations diverses malgré les difficultés de recrutement et de rétention du personnel. La présence d'une conseillère cadre au soutien des enjeux clinico-légaux et l'arrivée des professionnels PRECS (professionnels en ressource d'accompagnement clinique) pour soutenir les intervenants en place viendra rajouter à l'expertise et à la stabilité des équipes. La présence de médecins dans les différentes ressources serait un atout supplémentaire, compte-tenu de la complexité de l'état de santé physique et mental des usagers, la télémédecine pourrait devenir éventuellement une voie de passage.

Il est à souligner que la gestion des médicaments est sécuritaire dans les diverses ressources même si le BCM n'est pas actuellement implanté pour les usagers admis. Quant à la PCI, de nombreuses pratiques ont été assurées par des formations et des rappels obligatoires pendant les dernières années en lien avec la pandémie.

Pour les activités offertes en Déficience physique (usagers inscrits et admis) plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR's) ont été évaluées comme étant conformes dans l'ensemble de ces services, plus précisément celles sur le cheminement des usagers, la formation sur l'hygiène des mains, la prévention des chutes, le processus de double identification et la prévention des plaies de pression. Toutefois, certains éléments de POR's nécessitent une attention particulière dans un ou plusieurs services, notamment au sujet du bilan comparatif des médicaments, des soins de la peau, de la prévention du suicide, du transfert de l'information aux points de transition, de l'évaluation du risque à domicile et de l'évaluation de la conformité de l'hygiène des mains.

Les équipes en déficience physique travaillent activement les trajectoires de services pour en augmenter la fluidité. Des goulots d'étranglement ont été identifiés, notamment en déficience langagière et à la fin de la réadaptation active (FRA). Des solutions créatives sont proposées pour rendre plus efficace chaque point de transition.

L'approche de soins centrés sur la personne est bien implantée. Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches est un acquis au niveau des soins et services. L'intensité de l'approche interdisciplinaire est très élevée dans tous les secteurs visités. Des plans d'intervention interdisciplinaires et des plans de services sont présents, mis à jour et respectés. Les usagers et leurs proches sont très impliqués et font partie intégrante du processus.

Finalement, les principes de prévention et de contrôle des infections sont bien respectés et la gestion du circuit des médicaments est adéquate, ce qui consolide les aspects de qualité et sécurité auxquels les usagers sont en droit de s'attendre.

Commentaires de l'organisme

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

Commentaires post-visite de l'organisation

Dans la semaine du 19 au 24 mars, nous avons eu le plaisir d'accueillir les visiteurs d'agrément Canada au sein de notre organisation pour les dernières séquences du cycle 1. Notre personnel, nos gestionnaires et nos médecins ont pleinement collaboré à la réussite de cette visite.

Les constats partagés lors de la rencontre synthèse démontrent la forte présence de l'interdisciplinarité; l'agilité et flexibilité dans les services; l'engagement, le professionnalisme et l'esprit innovant de nos intervenants; l'expérience positive des usagers-résidents ainsi que la satisfaction de nos partenaires.

Évidemment, il y a aussi quelques défis à relever, entre-autres, la consolidation de certaines pratiques organisationnelles requises « POR », le recrutement et la fidélisation du personnel, la résolution de la dualité des systèmes d'information, l'accroissement de la participation de l'utilisateur et proches et l'optimisation de la gestion des listes d'attente.

Dans une optique d'amélioration continue, nous pouvons compter sur nos directions cliniques et nos directions soutien qui œuvrent en continu pour parfaire nos pratiques, avec le soutien d'une haute direction dévouée à l'amélioration de son offre de soins et de services pour répondre aux besoins de la population.

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
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.42 Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.30
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 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.1 Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.2.1 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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 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	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

L'Excellence des services DP, DI et TSA (déficience, intellectuelle/déficience physique-trouble du spectre de l'autisme (DI/DP/TSA) a fait l'objet de la visite d'agrément au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Les soins centrés sur la personne, constitue une priorité et s'opérationnalise par divers moyens dont une révision de la gamme de service.

Les programmes de soins sont fondés sur des modèles de pratiques exemplaires et sur des lignes directrices basées sur des données probantes.

En regard de la satisfaction de la clientèle, il existe un processus clair et documenté pour un usager d'exprimer une plainte et un compliment. Les usagers sont également invités à compléter un questionnaire de satisfaction qui, une fois revue, engendre des actions pour améliorer la qualité des soins et services.



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

Au CISSS de la Montérégie-Ouest, la collaboration interprofessionnelle est évidente et contribue à promouvoir un excellent environnement de travail.

Une préoccupation exprimée par l'équipe de direction est en lien avec la pénurie de la main d'œuvre et plusieurs stratégies sont mises en place pour « fidéliser » le personnel.

Les échanges avec les partenaires du réseau de la santé et de la communauté ont mis en relief la grande collaboration qui existe avec l'Établissement. Divers liens ont été établis permettant de développer des mécanismes de résolution de problèmes afin d'assurer un support pour l'utilisateur et sa famille. L'établissement dispose d'un cadre conceptuel d'éthique.

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)	
<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>2.1.44.8 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.</p>	
<p>2.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	

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'usager 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.	
2.1.52.4	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.	
2.1.52.5	Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.	
2.1.53	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
2.1.53.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

2.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
2.2.1.2	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.	
2.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
2.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
2.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Le programme de déficience physique du CISSS de la Montérégie Ouest offre une multitude de services aux usagers inscrits dans le programme. Les problématiques rencontrées sont apparentées à des troubles visuels, langagiers, auditifs ou moteurs. Dans le cadre de la présente visite d'appréciation, l'équipe a évalué les services dispensés au CRDP de l'Île Perrot, au CRDP du Chemin de Chambly à Saint-Hubert et au CRDP de la rue Saint-Pierre Est, à Saint-Hyacinthe.

Les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire soucieuse de travailler en partenariat avec la clientèle qu'elle dessert, avec l'objectif d'œuvrer en fonction des capacités de chacun pour réaliser des gains qui permettent aux personnes de pouvoir contribuer selon leur plein potentiel dans la société.

Une évaluation complète est effectuée par l'équipe du Guichet d'accès pour s'assurer de bien répondre aux besoins des personnes qui sont référées au programme. Des critères précis sont connus et appliqués pour déterminer quand entreprendre les services. La notion de consentement est bien maîtrisée, des services d'interprétation et de traduction sont disponibles et les services sont bien coordonnés.

Cependant, soulignons le fait que les interventions sont grandement ralenties par l'inaccessibilité d'un réseau de communication sans fil. Cette situation provoque une inefficience significative dans la dispensation des services, dans un contexte où les ressources se font rares. Nous encourageons l'établissement à entreprendre des démarches en ce sens, en vue de rendre disponible cette technologie dans un avenir rapproché.

En ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises (POR's), l'équipe visiteuse a été en mesure de constater que les pratiques à l'égard de la double identification, la formation sur l'hygiène des mains et le cheminement de la clientèle sont conformes. Une attention devra être portée quant aux soins de peau, à la détection du risque suicidaire pour être en mesure d'en faire l'évaluation au besoin, l'évaluation des risques à domicile, la communication de l'information aux points de transition et les audits sur l'hygiène des mains.

Au CRDP du Chemin Chambly de Saint-Hubert, on retrouve une grande concentration des services en déficience physique de la région, notamment une bonne partie de l'équipe du SAT (Service d'Aide Technique). Le bâtiment, quelque peu désuet, se distingue par un manque d'espace pour œuvrer de façon sécuritaire et efficace, notamment dans les ateliers du SAT. Néanmoins, les équipes démontrent une grande sensibilité pour bien répondre aux besoins des usagers. La créativité dont ils font preuve est digne de mention. Soulignons entre autres, la qualité de la confection des orthèses et prothèses, les aides techniques en communication ou au contrôle de l'environnement, ou encore l'introduction d'un chien de réadaptation.

Au CRDP de la rue Saint-Pierre à Saint-Hyacinthe, l'environnement est de facture agréable, lumineux et propre. Les espaces de rangements sont toutefois insuffisants, surtout en ce qui concerne les activités du SAT. Des efforts sont consentis pour trouver des solutions innovantes, en vue d'augmenter la fluidité des trajectoires, notamment en déficience du langage.

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)	
3.1.10 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
3.1.11 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.12 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.	!
3.1.42 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 3.1.42.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 3.1.42.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	POR
3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.43.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	POR
3.1.49 Le risque de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	!
3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.51.1 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.	POR

3.1.51.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information 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).	
3.1.52	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.	
3.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
3.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
3.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

Dans le cadre de la présente visite d'appréciation, l'équipe a évalué les services dispensés au CHSLD et CRDP Vaudreuil-Dorion, au CRDP Boucherville et au CRDP de la rue Dessaulles, situé à Saint-Hyacinthe. Le CISSS de la Montérégie-Ouest détient un mandat régional en déficience physique, en déficience auditive, langagière et motrice.

Un mécanisme d'accès permet à la clientèle référée de recevoir les services auxquels ils ont droit. Une analyse des dossiers présentés est réalisée par une clinicienne qui s'assure de la justification de l'analyse diagnostique, de l'orientation au bon programme de réadaptation et de la priorité à accorder à la demande, en fonction des critères du plan d'action ministériel. Pour répondre aux multiples besoins en déficience physique, l'organisation dispose actuellement de 39 lits en achat de place à Villa Medica de Montréal. Les liens de collaboration sont excellents. Un plan de développement est en cours de réflexion pour que le CISSMO soit en mesure de répondre à la fois aux besoins grandissants des usagers en Montérégie et au rapatriement des montérégiens qui reçoivent leurs services à l'extérieur du territoire.

Des équipes interdisciplinaires composées de médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, techniciens en réadaptation physique, travailleurs sociaux, neuropsychologues, infirmières, infirmières auxiliaires, aides de service et préposés aux bénéficiaires veillent à offrir des services adaptés à la condition de chacun, en mode collaboratif.

Le site de Vaudreuil-Dorion, compte 16 lits depuis la dernière année. Les durées moyenne de séjour sont de 45 jours et la clientèle est constituée d'usagers ayant subi un AVC, des lésions médullaires, des traumatismes crâniens, des tumeurs, des problèmes neuro-musculaires ou d'importants problèmes orthopédiques. L'environnement physique est propre, bien éclairé mais quelque peu désuet. Ce site comporte un important défi d'espace disponible, tant pour le rangement que pour préserver la confidentialité dans les salles de traitement.

Le site de Boucherville dispose de 36 lits de réadaptation pour une clientèle ayant des besoins similaires. Toutefois, certains usagers présentent des besoins un peu plus complexes, ainsi, les durées moyenne de séjours sont d'environ 52 jours. Une cueillette d'information est en cours pour ce site, afin d'évaluer le nombre de personnes qui sont en fin de réadaptation, mais qui ne peuvent quitter, faute de ressources (Fin de réadaptation active (FRA)). Nous encourageons les équipes à continuer suivre cette donnée, en vue de poursuivre la contribution d'un meilleur cheminement de la clientèle dans l'ensemble de la trajectoire de soins et services. Actuellement, selon nos échanges, les goulôts répertoriés se situeraient surtout au niveau de l'accès au soutien à domicile et en hébergement.

Le site de Saint-Hyacinthe dispose de 8 lits. Les soins infirmiers offerts sont sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-est, et les services professionnels sous la responsabilité du CISSSMO. Les équipes travaillent en étroite collaboration et les forces de chacun sont mis à profit au bénéfice de la clientèle. Les espaces sont généreux, lumineux et les équipements en quantité suffisante.




En ce qui concerne les pratiques organisationnelles requises (POR's), soulignons la conformité des pratiques suivantes : le cheminement de la clientèle, les soins de la peau, la prévention des chutes et la double identification. Il en est de même pour la formation sur l'hygiène des mains et l'évaluation de sa conformité. L'évaluation du risque suicidaire, le bilan comparatif du médicament et la communication de l'information aux points de transition sont des pratiques qui devront être mieux structurées et encadrées. Au site de Saint-Hyacinthe, nous avons pris connaissance d'un outil de repérage des personnes à risque suicidaire. Ce dernier est utilisé dès l'admission et permet, si nécessaire, de procéder à l'évaluation du risque suicidaire en temps opportun. Nous encourageons toutes les équipes à se doter d'un outil de dépistage semblable. Pour ce qui est du cheminement de la clientèle, nous félicitons les équipes pour l'implantation du congé précoce assisté (CPA) qui démontre un impact positif sur la réduction du nombre de personnes en attente de services. Nous encourageons l'établissement à poursuivre le développement de cette excellente pratique.

Soulignons aussi la conformité concernant le droit des usagers, le processus de traitement des plaintes, l'éthique et l'évaluation bio-psycho-sociale. Les éléments relatifs à la prévention et au contrôle des infections, la gestion des risques, de même que la gestion des médicaments sont des principes bien maîtrisés.

Des efforts devront néanmoins être consentis au processus de consentement aux soins et services dans un secteur, à l'évaluation du risque de réadmission et à l'encadrement de la pratique de l'auto-administration des médicaments, dont les politiques et procédures sont en cours d'élaboration.

Lors de la visite, l'équipe visiteuse a rencontré des équipes dédiées, passionnées et engagées, en vue de dispenser des soins et des services de qualité et sécuritaires. Les usagers nous ont mentionné que le professionnalisme était au rendez-vous et que les intervenants font preuve d'un grand humanisme. Ils font confiance à l'équipe. Les patients se sentent respectés et impliqués dans les décisions qui les concernent. Plusieurs témoignages touchants des usagers permettent à l'équipe de visiteurs de constater la grande appréciation des patients à l'égard non seulement des soins et des services reçus, mais à l'égard de la grande générosité de tous les intervenants rencontrés.

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>4.1.7.3 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'utilisateur.</p> <p>4.1.7.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.</p>	
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.2 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>4.1.30.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.</p>	
<p>4.1.45 Des politiques et des procédures existent pour définir les rôles et les responsabilités des membres du personnel qui gèrent les fonds des usagers.</p>	
<p>4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	

4.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
4.2.1.2	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.	
4.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
4.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
4.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)		

La visite réalisée dans les installations de Boucherville, de Chambly, de Vaudreuil-Dorion, de Salaberry Ouest, de l'avenue Trudeau et de Delson ont permis de constater des services agiles et flexibles afin de s'assurer de répondre au bon usager, au bon moment avec le bon service. L'éventail de ces services va de la réponse aux besoins de la clientèle 0-6 an (couvrant la DI-TSA et la DP), de la clientèle en DI et en TSA de 7 ans et plus, les usagers en trouble du comportement et trouble grave du comportement, les usagers en maintien des acquis, les besoins en soutien aux logements gradués, en soutien au travail, les usagers répondus par le programme Nexus (comportement antisocial) ainsi que les centres d'activités.

Soulignons la présence d'une équipe de gestionnaires et d'intervenants engagés et ayant à cœur de travailler avec et pour une clientèle bien précise que sont les usagers ayant une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme. Nous constatons que les employés ont choisi cette clientèle et veulent contribuer à la qualité des services et à la réponse aux besoins de ces usagers. Nous constatons d'ailleurs qu'un effort supplémentaire pourrait être réalisé afin de permettre aux intervenants l'accès à des outils technologiques efficaces avec lesquels les usagers sont déjà exposés (tablettes, application d'aide à la communication, application d'apprentissage, de réalisation de scénarios sociaux, etc.).

La direction est invitée à approfondir cet aspect.

Les concepts associés à l'autodétermination et à la participation sociale sont des éléments qui transparaissent lors des discussions avec les équipes. Les usagers et leurs proches nous rapportent d'ailleurs être au centre de la détermination des services et des objectifs à travailler. Notons, en complément, que des familles nous ont exprimé être conscient de la pénurie de main-d'œuvre par l'observation de la baisse de la réponse à des besoins plus préventifs au profit de la mise en place rapide d'interventions lorsqu'une urgence se présente. Nous invitons la direction à revoir ces éléments avec des usagers et partenaires afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins de tous les usagers et leurs proches.

La culture de sécurité axée sur la déclaration des incidents et des accidents, la divulgation aux usagers ainsi que la connaissance des équipes quant aux éléments de sécurité sur lesquels le travail doit se poursuivre est une force observée. Nous constatons aussi la conformité des équipes et des processus quant à la transmission de l'information aux points de transition des soins et des services. Ceci est un défi bien relevé puisque les équipes sont en interface avec de nombreux partenaires internes et externes, dont les partenaires de la protection de la jeunesse avec qui les équipes des usagers de 0 à 18 ans travaillent en étroite collaboration. La proximité avec les partenaires, incluant les partenaires municipaux, est aussi à souligner. Force est toutefois de constater que les équipes auront avantage à approfondir les liens de partenariats avec la direction de la santé mentale et dépendance, afin de s'assurer de répondre adéquatement à tous les usagers, particulièrement ceux qui présentent des situations complexes.

Il est aussi essentiel de souligner le travail interdisciplinaire, ainsi que le soutien d'une équipe constituée de professionnels (infirmières, sexologues, etc.). Soulignons aussi la mobilisation des intervenants et leurs dispositions à l'entraide et au partage des connaissances, ceci tout en respectant les forces de chacun.

Des aspects à améliorer ressortent quant à certaines pratiques organisationnelles requises. Ainsi, l'établissement est invité à assurer la consolidation des travaux entourant l'évaluation et le suivi du risque de suicide, l'évaluation des risques en matière de sécurité, ainsi que la conformité à l'hygiène des mains. Des constats sont aussi faits quant aux plans d'intervention qui sont réalisés dans tous les dossiers qui ont été consultés, mais pour lesquels les révisions ne sont pas réalisées dans les temps requis, ou même non réalisées. Du point de vue des équipes, ceci s'expliquerait par l'importante charge de travail et les nombreuses urgences liées à l'hébergement et aux multiples déplacements des usagers. Ce défi, lié à l'hébergement, a été identifié par la direction qui y travaille, en mettant de l'avant des projets de démonstration quelques fois réalisés en proximité avec le MSSS. Nous invitons la direction à poursuivre et intensifier les efforts autour des divers modèles d'hébergement et le recrutement de ressources d'hébergement, puisque les défis associés ont été répétés à maintes reprises par les employés, partenaires et usagers.

Finalement, la direction est conviée à faire rayonner ses projets de recherche et ses projets de démonstration, puisqu'ils nous apparaissent peu connus des diverses équipes rencontrées. Une réflexion quant à l'implication des usagers et des proches dans la gouvernance de la DPD nous apparaît aussi importante afin de coconstruire le sens, les services et les améliorations avec les gens mêmes pour qui les services sont offerts.

Certains CISSS en sont à l'implication d'utilisateurs-ressources dans des comités de sélection ainsi que dans des projets d'innovation et nous invitons la direction à s'inscrire dans de telles démarches.

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)	
<p>5.1.30 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>5.1.30.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>5.1.30.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.</p> <p>5.1.30.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>5.1.30.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	<p>POR</p>
<p>5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>5.1.31.2 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>5.1.31.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.</p> <p>5.1.31.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.</p>	<p>POR</p>
<p>5.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<p>POR</p>

- 5.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 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.
- 5.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

5.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.



5.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)

Les soins services au programme déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme sont bien structurés. Les équipes sont dynamiques, impliquées et interdisciplinaires et peuvent compter sur leur partenariat avec le service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).

L'utilisation du logiciel Octopus dans le partage des informations est très facilitateur.

L'usager et sa famille sont au cœur de leurs préoccupations.

Une plus grande coopération avec les familles est à intensifier, afin qu'ils deviennent réellement partie prenante, en lien avec l'organisation des ressources.

Des stratégies pour diminuer les listes d'attente sont à poursuivre.

Par ailleurs, l'usager et sa famille ,pour ne pas être livrés à eux-mêmes durant cette période d'attente, devront pouvoir compter sur un système de soutien.

L'hygiène des mains est bien établie. Cependant l'évaluation périodique des bonnes pratiques et la transmission de ces résultats aux équipes sont à renforcer.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas en place dans ces ressources. Son implantation est à faire dans ces milieux, afin de sécuriser le circuit des médicaments. Ceci dit, il est à noter qu'une procédure de gestion des médicaments a été mise en place par la direction des soins infirmiers.

Le risque suicidaire est une pratique organisationnelle requise , pour laquelle des formations ont été instaurées pour cerner et évaluer les usagers à risque.

Une harmonisation des pratiques est à continuer car ces dernières sont inégales selon les milieux. La pénurie de personnel que vit le réseau de la santé en général, touche plus durement certaines ressources en accompagnement continu. La stabilité est une composante importante pour le bien-être et la sécurité des usagers , mais également des intervenants.

La diminution de la main d'œuvre indépendante est à poursuivre, afin d'assurer une plus grande continuité des soins. Par ailleurs, plusieurs intervenants ont exprimé leurs inquiétudes quant à la compétence des nouveaux employés. Ils souhaiteraient que leurs commentaires soient entendus. L'évaluation par les pairs pourrait être une voie de passage.

Le programme déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme est en pleine évolution avec la future mise en œuvre du plan d'hébergement et le rayonnement des projets de démonstration comme l'unité de réadaptation comportementale intensive (URCI).

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.