



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Greenfield Park, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 29 janvier au 3 février 2023

Date de production du rapport : 17 mars 2023

Au sujet du rapport

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

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	10
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les manuels d'évaluation	12
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	12
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	14
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	16
Annexe A - Programme Qmentum	18

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (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 : 29 janvier au 3 février 2023**

- **Emplacements**

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

1. Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Jean-sur-Richelieu
2. Institut Nazareth et Louis-Braille Jean-Brillant
3. Institut Nazareth et Louis-Braille Longueuil
4. Services administratif (Longueuil)









- **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.)	20	0	0	20
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	52	4	9	65
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	9	0	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	77	0	8	85
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	16	0	0	16
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	71	4	3	78
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	248	8	20	276

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
Déficiences physique, déficiences 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	45 (95,7%)	2 (4,3%)	1	83 (95,4%)	4 (4,6%)	1
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficiences physique (usagers inscrits)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	1	77 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	24 (96,0%)	1 (4,0%)	10	51 (100,0%)	0 (0,0%)	8	75 (98,7%)	1 (1,3%)	18
Total	92 (96,8%)	3 (3,2%)	10	143 (98,6%)	2 (1,4%)	10	235 (97,9%)	5 (2,1%)	20

Total	92 (96,8%)	3 (3,2%)	10	143 (98,6%)	2 (1,4%)	10	235 (97,9%)	5 (2,1%)	20
-------	---------------	-------------	----	----------------	-------------	----	----------------	-------------	----

* 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		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	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 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	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 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1

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 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
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))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	2 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
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le présent rapport est le résultat des observations de la visite de la séquence 4 pour le programme-service de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme, déficience physique (DI-TSA-DP). Cette visite s'est déroulée simultanément avec celle du programme-service de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et des services de soutien à domicile (SAD). Ce rapport s'inscrit dans la continuité de ceux rédigés pour chacune des séquences du cycle de cinq ans, du programme Qmentum, adapté pour les établissements intégrés de santé et de services sociaux du Québec.

Dans l'ensemble, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS-MC) témoigne d'une culture organisationnelle de la qualité fermement enracinée. Si la gestion de l'amélioration continue des processus cliniques a pu subir des ralentissements en lien avec la pandémie, la culture de l'innovation a continué à faire des avancées dans l'établissement. La gestion de proximité et l'encadrement clinique sont très présents. Les équipes continuent à soumettre des projets d'amélioration pour la qualité des soins.

Le CISSS-MC témoigne d'un engagement rigoureux à implanter de manière harmonisée et structurante toutes les pratiques organisationnelles requises (POR). Plusieurs POR ont passé l'épreuve intensive et continue des réalités relatives à la gestion de la pandémie et sont désormais ancrées dans les habitudes quotidiennes. La cohérence des pratiques, entre autres autour de l'hygiène des mains, de la formation du personnel, de la communication aux points de transition, de la déclaration des événements indésirables et de la prévention des chutes, est un acquis important de toutes les équipes rencontrées.

L'adhésion aux POR de prévention du suicide et d'identification sécuritaire des usagers demeure à travailler dans les milieux en contact avec les usagers. Le travail de formalisation et de documentation des pratiques avance. L'établissement est toutefois encouragé à évaluer l'efficacité de ses approches pour les ajuster au mieux en fonction des données objectives et de l'expérience vécue des usagers.

Le travail de collaboration entre le CISSS-MC et le CISSS de la Montérégie-Ouest qui assume la responsabilité régionale pour les services en déficience est essentiel. Par ailleurs, au sein même du CISSS-MC, un travail important est accompli pour assurer la continuité des soins aux usagers en misant sur le maintien à domicile par des équipes multidisciplinaires et des partenariats avec plusieurs organisations de la communauté. Le potentiel d'application de l'expertise en déficience visuelle demeure à exploiter pleinement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Par ailleurs, d'importants défis sont à relever particulièrement sur le recours à une solution informatique intégrée de gestion des données et les enjeux de main-d'œuvre.

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	
Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.6
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	<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 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.30

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	
1.1.5 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
1.4.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
1.7.5 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.	
1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

L'équipe de gestion du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique est composée de gestionnaires dynamiques et engagés. Ils démontrent un intérêt particulier pour l'innovation et l'amélioration continue. L'équipe de gestion assure une gestion de proximité auprès des usagers, des partenaires et des membres du personnel dans un souci de saisir les opportunités d'amélioration et de promouvoir un mieux-être au travail.

De nombreux partenariats sont établis au niveau de la déficience visuelle afin de mieux répondre aux besoins de la population générale et de la clientèle spécifique à cette direction. Il convient de saluer particulièrement le travail d'adaptation visuelle effectué auprès d'organisations publiques et de souligner que l'établissement aurait avantage à profiter de cette expertise pour l'ensemble de ses milieux.

Des partenariats sont aussi présents en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme où des ententes sont signées avec des organisations communautaires afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Toutefois, des lacunes sont identifiées au niveau de la documentation de l'évaluation de la qualité des services offerts par ces organisations.

La direction a un souci réel de la culture de la mesure et de l'amélioration continue. En effet, les nouveaux projets sont suivis et la disponibilité des données permet d'apprécier les retombées sur le parcours de l'utilisateur et mène à des plans d'amélioration afin d'identifier des pistes d'amélioration.

Un réel souci de tenir compte de l'opinion des usagers, de leurs familles et de leurs proches est présent. Les moyens mis en place sont cependant inégaux selon les offres de services dans la direction. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts par la mise en place d'un processus formel de recrutement, d'accueil et de formation des usagers partenaires.



Une préoccupation tout aussi grande est présente en ce qui a trait à l'implication des usagers, leurs familles et leurs proches dans les décisions entourant l'évaluation des besoins et la détermination des soins qui seront prodigués. La direction gagnerait à formaliser un processus de documentation de cette implication.

La sécurité de la gestion documentaire est grandement facilitée par l'informatisation dans la majorité des missions de la direction. Il est toutefois noté qu'une révision des processus et de la sécurisation des données à chacune des étapes serait requise pour les installations n'ayant pas informatisé l'ensemble de leurs processus. De plus, l'informatisation de la gestion documentaire apporte des enjeux importants au niveau de l'accessibilité en temps opportun des données réparties dans l'ensemble du dossier des usagers.

De plus, une application inégale de la mise à l'essai des plans d'intervention en cas de sinistre a été observée selon les sites visités. Il serait pertinent d'apporter une attention particulière à cet élément dans la reprise des activités régulières à la suite de la gestion de crise liée à la COVID-19.

Finalement, il a été perçu qu'un très grand effort a été déployé afin de préparer cette visite d'agrément, tant par le contenu des documents présentés que par la fatigue exprimée par certains membres de la direction. Il est souhaitable que ces efforts mènent à une pérennisation du processus d'amélioration continue et la création de structure de suivi de ces améliorations.

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)	
2.1.6 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 2.1.6.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
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. 2.1.53.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	

Les services aux usagers inscrits atteints de déficience physique (DI) sont offerts par des intervenants dévoués, ayant une belle collaboration interprofessionnelle et profitant d'un soutien clinique très présent.

Les équipes en déficience visuelle ont l'occasion de soumettre et de développer des projets novateurs, notamment le Dépistage en déficience visuelle pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la Mesure des capacités à l'utilisation d'un ordinateur, son volet pour les téléphones intelligents actuellement en développement et les services d'adaptation d'affichages visuels. L'établissement pourrait tirer profit de cette expertise en la valorisant et l'utilisant à l'interne.

La préoccupation de travailler avec les usagers, leurs familles et leurs proches, de les impliquer dans les décisions et de les informer de l'évolution de leurs soins est très présente. Cela se perçoit dans l'expression de satisfaction des usagers face à la qualité des soins reçus. On peut aussi souligner l'affichage des résultats de sondages de satisfaction et d'audits en hygiène des mains dans les salles d'attente.



Il est à souligner qu'un effort significatif a été réalisé afin de former tous les employés pour intervenir auprès d'une personne suicidaire. Un travail de sensibilisation et d'uniformisation des pratiques est cependant requis au niveau du repérage systématique du risque suicidaire et de la documentation de celui-ci.

L'identification des usagers à deux facteurs présente de son côté un enjeu de compréhension. L'importance de l'application de ce processus est bien intégrée cependant, des difficultés demeurent dans l'utilisation des facteurs d'identification et le moyen d'obtenir ces informations.

La politique pour la gestion des objets pointus ou tranchants est bien présente. Les employés utilisant ces objets n'étaient toutefois pas au courant de l'existence de cette politique.

Finalement, la multiplicité des plateformes informatiques apporte une fragmentation du dossier de l'utilisateur et fragilise l'accès à l'ensemble des données pertinentes pour les intervenants.

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)	
4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	
4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
4.1.30.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	
4.1.43 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	

Les services aux usagers inscrits atteints de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) sont offerts par des intervenants dévoués, ayant une très belle collaboration interprofessionnelle et profitant d'un soutien clinique très présent.

Malgré les efforts et mécanismes mis en place pour la favoriser, la collaboration et la coordination avec les services spécialisés, offerts dans un autre établissement, présente un niveau de complexité élevé.

La préoccupation de travailler avec les usagers, leurs familles et leurs proches, de les impliquer dans les décisions et de les informer de l'évolution de leurs soins est très présente. Cela se perçoit dans l'expression de satisfaction des usagers face à la qualité des soins reçus. On peut souligner le développement d'un plan de crise avec les usagers et les familles faisant face à des enjeux particuliers. La clientèle gagnerait à avoir accès de façon plus large à un plan de ce type pour les soutenir lorsqu'ils vivent une situation plus difficile hors des heures normales de travail de l'équipe et des organisations communautaires leur offrant du soutien.

La présence d'auxiliaires de santé et de services sociaux permettant aux familles d'avoir un répit d'urgence est un projet porteur pour ce programme. Les données d'impact et de satisfaction démontrent toute sa pertinence.

Il est à souligner qu'un effort significatif a été réalisé afin de former tous les employés pour intervenir auprès d'une personne suicidaire.

Un travail de sensibilisation et d'uniformisation des pratiques est cependant requis au niveau du repérage systématique du risque suicidaire et de la documentation de celui-ci.

L'identification des usagers à deux facteurs présente de son côté un enjeu de compréhension. L'importance de l'application de ce processus est bien intégrée cependant, des difficultés demeurent dans l'interprétation de ce qu'est un facteur d'identification et le moyen d'obtenir ces informations.

Finalement, la multiplicité des plateformes informatiques apporte une fragmentation du dossier de l'utilisateur et fragilise l'accès à l'ensemble des données pertinentes pour les intervenants.

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.