



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue**

Rouyn-Noranda, QC

**Séquence 4**

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 avril 2023

Date de production du rapport : 30 mai 2023

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 avril 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

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	12
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>15</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>18</b>
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)	23
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	28
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	31
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	33
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>37</b>

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 : 16 au 21 avril 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. AM-Centre de réadaptation DI-TSA-DP Amos
2. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Macamic
3. LS-Centre de réadaptation en Déficience physique - de La Sarre
4. RN-Centre de réadaptation en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (services de neurotraumatologie)
5. RN-CISSAT-siège social à Rouyn-Noranda
6. VD-Centre de réadaptation en déficience physique de Val-d'Or
7. Vd-Centre de réadaptation en déficience physique de Val-d'Or (services de neurotraumatologie)
8. VM-Centre de réadaptation en DI-TSA-DP de Ville-Marie









- **Manuels d'évaluation**

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

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

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	1	1	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	37	0	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	76	26	18	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	132	5	20	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	26	1	0	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	85	19	8	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>465</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(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
<b>Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)</b>									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	26 (65,0%)	14 (35,0%)	0	37 (77,1%)	11 (22,9%)	0	63 (71,6%)	25 (28,4%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	21 (100,0%)	0 (0,0%)	9	38 (100,0%)	0 (0,0%)	10	59 (100,0%)	0 (0,0%)	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	75 (98,7%)	1 (1,3%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	26 (100,0%)	0 (0,0%)	9	48 (98,0%)	1 (2,0%)	10	74 (98,7%)	1 (1,3%)	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	33 (91,7%)	3 (8,3%)	1	48 (92,3%)	4 (7,7%)	6	81 (92,0%)	7 (8,0%)	7
<b>Total</b>	<b>135 (88,2%)</b>	<b>18 (11,8%)</b>	<b>19</b>	<b>217 (93,1%)</b>	<b>16 (6,9%)</b>	<b>26</b>	<b>352 (91,2%)</b>	<b>34 (8,8%)</b>	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>135 (88,2%)</b>	<b>18 (11,8%)</b>	<b>19</b>	<b>217 (93,1%)</b>	<b>16 (6,9%)</b>	<b>26</b>	<b>352 (91,2%)</b>	<b>34 (8,8%)</b>	<b>45</b>

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



## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Non Conforme	0 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))	Non Conforme	0 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
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))	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 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	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))	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Non Conforme	2 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
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))	Conforme	3 sur 3
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 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))	Non Conforme	0 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))	Non Conforme	0 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
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
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Non Conforme	0 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	2 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	0 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	3 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - 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))	Non Conforme	4 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.**

Ce rapport fait état des observations notées lors de la visite d'évaluation menée au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre de la séquence 4 du programme d'agrément Qmentum adapté aux établissements de santé québécois. Cette quatrième séquence vise le programme-services, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).

Au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, ce programme-services est sous la direction DI-TSA-DP. Les services offerts à cette clientèle sont dispensés en première ligne dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et en deuxième ligne dans les centres de réadaptation (CR). Ces programmes ont pour but d'aider l'utilisateur à avoir une vie active, en tenant compte de ses habitudes de vie (ex.: nutrition, soins personnels, communication, déplacement, éducation, loisirs, etc.) de sa condition et de ses besoins actuels. Ils visent à favoriser le plus possible l'autonomie afin que les usagers puissent s'intégrer convenablement, et ce, dans toutes les sphères de sa vie (intégration sociale, scolaire, professionnelle, etc.). Les services sont intégrés dans 5 réseaux locaux de services.

Selon la situation, les services sont offerts en centre de réadaptation (CR) ou dans les différents milieux de vie de la personne (domicile, ressource intermédiaire, ressource de type familiale, garderie, école, etc.) afin de favoriser l'apprentissage dans tous ces milieux. Le succès de la démarche d'adaptation et de réadaptation en centre de réadaptation repose sur la collaboration et l'implication des familles, sur la participation de l'utilisateur à ses thérapies et sur l'intégration de ses apprentissages dans ses différents milieux de vie. L'utilisateur impliqué dans un processus de réadaptation y est considéré comme le principal agent de changement. Il occupe donc une place privilégiée dans les prises de décision et son avis est sollicité au cours des différentes étapes de son processus de réadaptation. L'offre de service se répartit en divers programmes d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à l'intention de la clientèle présentant une déficience : intellectuelle (DI), motrice (DM), langagière (DL), auditive (DA) ou visuelle (DV); vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA); présentant un retard significatif de développement (RSD) (enfants de moins de 6 ans); et la clientèle ayant subi une blessure médullaire, un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, une lésion musculosquelettique ou un accident vasculaire cérébral (AVC);

L'offre de services inclut divers autres programmes-services, soit:

- Le programme d'adaptation et de réadaptation des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger;
- Le programme TC-TGC : à l'intention de la clientèle présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique, associée à des troubles de comportement (TC) ou des troubles graves de comportement (TGC);

- Les services d'hébergement en ressources et ressources de type familial (RI-RTF) pour adultes et enfants;
- Le programme Agir tôt, pour une intervention précoce auprès des enfants âgés de zéro à cinq ans;
- Le soutien à domicile — Programme pour personnes en situation de handicap (SAD PPH);
- Le service d'aides techniques (SAT) qui regroupe les aides techniques en déficience motrice et du langage, en déficience auditive et en déficience visuelle.

Les soins centrés sur l'utilisateur sont au centre des préoccupations de l'établissement et les visiteurs ont constaté que l'utilisateur est impliqué comme partenaire dans différents projets locaux. L'utilisateur est impliqué dans plusieurs projets, en particulier au niveau du processus interdisciplinaire. Cependant, la direction est encouragée à structurer et à développer davantage l'implication d'utilisateurs partenaires et à favoriser leur précieuse contribution à l'amélioration continue de la qualité dans l'ensemble de la direction DI-TSA-DP. L'utilisateur est un atout important pour identifier les besoins et les moyens les plus efficaces pour rendre des services adaptés aux besoins de la population. La direction DI-TSA-DP fait face à un enjeu majeur d'accès aux services particulièrement en ce qui concerne la première intervention, l'offre d'hébergement ainsi que l'offre de répit pour la clientèle générale, TGC et TSA. Pour favoriser la continuité des trajectoires et la fluidité des services, il sera nécessaire de simplifier l'accès, de coordonner davantage les interfaces cliniques entre les programmes et de développer des offres de services complémentaires telles que les suivis intensifs dans la communauté.

Dans la démarche d'amélioration de la fluidité et de la continuité des services, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue compte sur une de ses grandes forces : le partenariat avec la communauté. En effet, les liens de confiance déjà établis viendront soutenir les possibilités de collaboration et d'optimisation des trajectoires de services pour les usagers en DI-TSA-DP.

L'équipe œuvrant en DI-TSA-DP présente un souci constant d'assurer des soins et services de qualité et sécuritaires aux usagers. En ce sens, un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en DI-TSA-DP est à mettre en place. La réalisation d'activités d'amélioration de la qualité sur une base structurée et continue permettra de promouvoir une culture d'amélioration de la qualité. Une culture d'amélioration de la qualité est étroitement associée à une culture de la mesure où le suivi d'indicateurs spécifiques permettra de mesurer avec acuité l'atteinte des objectifs organisationnels.

L'établissement est encouragé à finaliser la révision de son plan de sécurité et de gestion des risques en vue de mettre en place une approche structurée et proactive de gestion des risques réels et potentiels. Cette approche doit cerner les risques réels et potentiels et identifier des stratégies pour améliorer la sécurité. L'établissement est invité à poursuivre le développement du plan pour toutes les catégories de risque. Le déploiement doit prévoir une étape d'appropriation directement avec les équipes cliniques qui œuvrent sur le terrain.



Les directions ont déployé beaucoup d'effort dans l'adoption de politiques et de procédures basées sur les meilleures pratiques. De même, les gestionnaires, de la direction DI-TSA-DP, démontrent une grande mobilisation pour s'assurer de la conformité aux normes d'agrément. Plusieurs formations sont en cours ou sont à venir pour améliorer la conformité aux pratiques organisationnelles requises, telles que la prévention du suicide. Le défi reste d'assurer l'intégration des bonnes pratiques et des outils standardisés de repérage sur le terrain en interface avec les directions pertinentes. Il en est de même pour l'évaluation des risques à domicile, du dépistage du risque de développer une plaie de pression ainsi que du dépistage du risque de chute pour certaines clientèles.

L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation du bilan comparatif du médicament (BCM) en DI-TSA-DP et à renforcer la double identification de l'utilisateur lors de la distribution des médicaments pour les usagers admis afin d'agir en prévention des accidents et incidents

Enfin, au niveau des points de transition, le transfert de l'utilisateur est assuré de manière sécuritaire et les intervenants collaborent entre les points de transition, tant à l'interne qu'à l'externe. Des initiatives porteuses sont réalisées, en partenariat avec l'utilisateur, notamment au congé de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive. La direction est encouragée à bâtir sur ce type d'acquis.

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> 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"> <li>Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.63</li> <li>Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.66</li> </ul>
<p><b>Identification des usagers</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.6</li> <li>Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.15</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> 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"> <li>Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.42</li> <li>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</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains</b> La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.2</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.2.2</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.2.2</li> </ul>
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.1</li> <li>· 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</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.32</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. <b>NOTA :</b> Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.45</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.53</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.43</li> <li>· 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</li> <li>· 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</li> </ul>
<p><b>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile</b> 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"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.52</li> </ul>
<p><b>Soins efficaces des plaies</b> 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"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.44</li> </ul>

## 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
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

1.5.7	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.8	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.13	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
1.5.15	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.16	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
1.5.17	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
1.5.18	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
1.5.19	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
1.5.20	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.5.21	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
1.5.22	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7.1	Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	

1.7.11 Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.



### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 1 - Excellence des services

Les programmes en DI-TSA-DP ont pour but d'aider la personne à avoir une vie active, en tenant compte de ses habitudes de vie, de sa condition et de ses besoins actuels. Dans le respect de ce but, l'objectif 1.6 de la planification stratégique 2019-2023 de l'établissement vise à améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les visiteurs ont pu constater un effort conjoint et continu des équipes en DI-TSA-DP pour atteindre cet objectif.

Une équipe dynamique, motivée et mobilisée, compose la direction du programme DI-TSA-DP. Les visiteurs ont remarqué le grand souci des membres de l'équipe d'assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires. L'établissement travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires et plusieurs de ces derniers confirment des liens fructueux.

Les soins centrés sur l'utilisateur sont au centre des préoccupations de l'établissement et les visiteurs ont constaté que l'utilisateur est impliqué comme partenaire dans différents projets locaux. Cependant, l'établissement est encouragé à standardiser et à uniformiser l'implication des usagers comme partenaires et contributeurs à l'amélioration continue de la qualité partout dans l'établissement, tant dans la conception des services, l'amélioration de la qualité et la gestion de risques que dans la définition des buts et objectifs. L'utilisateur est un atout important pour identifier les besoins et les moyens les plus efficaces afin de rendre des services adaptés aux besoins de la population.

Comme discuté avec l'équipe de gestion, un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en DI-TSA-DP est à mettre en place. Il est recommandé d'identifier des cibles d'amélioration (problèmes) distinctes, des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART), des moyens/actions pour atteindre ces objectifs, des personnes responsables, des indicateurs mesurables ainsi que des échéanciers. Dans le cadre du PACQ, il est aussi recommandé de mettre en place un plan opérationnel par direction ou programme permettant d'actualiser le plan d'amélioration continue de la qualité dans les différents programmes clientèles/services. Il est aussi recommandé de concevoir des activités d'amélioration de la qualité avec des mises à l'essai de projets d'amélioration de la qualité pour atteindre les objectifs ciblés. Enfin, dans le cadre du PACQ amélioré et des plans opérationnels, ces outils seront de précieux atouts pour le suivi du PACQ établissement en salle de pilotage stratégique, tactique et opérationnelle.



Le plan de sécurité 2019-2021 de l'établissement est en cours de révision. La révision du plan vise une approche structurée de gestion intégrée des risques et des outils plus exhaustifs. La révision du plan de sécurité des usagers comprend l'identification et l'analyse des risques pour l'utilisateur, l'évaluation des différents risques, le plan d'action à mettre en œuvre, les mécanismes de suivi du plan d'action.



L'établissement est encouragé à poursuivre cette démarche en vue de mettre en place une approche structurée et proactive de gestion des risques réels et éventuels. Cette approche doit cerner les risques réels et éventuels et identifier des stratégies pour améliorer la sécurité. Via leur chapitre de norme, il importe que les équipes cliniques participent activement à la captation des risques encourus dans leur secteur. L'établissement est invité à poursuivre le développement du plan pour toutes les catégories de risque (environnement, risques chimiques et biologiques, incendies, chutes, troubles médicaux, etc.).

Les visiteurs ont aussi remarqué la grande disponibilité et la flexibilité des membres de l'équipe de la DI-TSA-DP pour travailler en collaboration et en partenariat afin d'offrir des services adaptés aux besoins des usagers, entre autres pour la clientèle 0-5 ans, en soutien à la famille dans l'attente du début des services (par exemple les groupes de soutien aux familles pour la clientèle TSA). Les liens avec la communauté et le soutien des organismes par les intervenants du CISSS sont dignes de mention.

Il a été discuté lors de la présentation de la direction des programmes DI-TSA-DP que des actions sont en cours pour revoir le processus d'accueil de l'employé et poursuivre l'appréciation de la contribution des employés. Il a aussi été discuté que la déclaration des accidents et incidents devait demeurer un objectif pour la sensibilisation à la santé et la sécurité des usagers.

L'établissement est invité à revoir l'approche en regard de l'évaluation des risques à domicile. Il est recommandé que l'évaluation initiale du risque à domicile soit bonifiée par une meilleure sensibilité des intervenants lors des visites à domicile. La responsabilité de l'évaluation du risque à domicile doit se faire en continu par la personne de l'équipe DI-TSA-DP qui se présente au domicile de l'utilisateur. Des outils, comme des grilles de vérification (checklist), peuvent être développés et implantés.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)</b>	
<p>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'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>2.1.6.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<p>2.1.44 Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.</p> <p>2.1.44.1 Une approche consignée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche donne accès à l'expertise appropriée compte tenu de la population de patients.</p> <p>2.1.44.2 Les membres de l'équipe ont accès à de la formation sur les soins de la peau et des plaies, notamment sur les produits et technologies, sur l'évaluation et le traitement et sur la documentation.</p> <p>2.1.44.5 Des soins de la peau et des plaies normalisés qui optimisent la santé de la peau et favorisent la guérison sont dispensés.</p> <p>2.1.44.6 Des documents normalisés sont mis en oeuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).</p> <p>2.1.44.8 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>	



- 2.1.52 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.
- 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.
- 2.1.53.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 2.1.53.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- 2.1.53.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'usager chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.
- 2.1.53.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- 2.1.53.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.



- 2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

- 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.

2.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

- 2.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Les Centres de réadaptation en déficience physique visités comprennent celui de Rouyn-Noranda, de Lasarre, de Val-d'Or et de Ville-Marie.

Le site de Rouyn-Noranda est récent, lumineux et accueillant. Les locaux sont adaptés aux besoins de la clientèle. Les sites de Lasarre et de Val-d'Or sont bien aménagés. Le site de Ville-Marie est accueillant, mais un encombrement est observé. Un besoin d'espace supplémentaire serait requis pour une salle d'ergothérapie au sous-sol et une demande a déjà été faite en ce sens.

La direction clinique voit la pénurie de main-d'œuvre comme une occasion de revoir certaines pratiques. À titre d'exemple, des initiatives ont cours en téléadaptation pour le maintien et l'augmentation ciblée de l'offre de stages et pour la rétention de ressources rares à l'aide des nouvelles technologies. Le défi est de maintenir la stabilité de l'expertise pour la rendre disponible aux différentes équipes en temps opportun. Des besoins de téléconsultation sont exprimés par les équipes, notamment en psychologie.

Outre la clientèle en neurotraumatologie, les délais d'accès pour les clientèles externes, enfant et adulte, restent un enjeu majeur. Certaines clientèles peuvent attendre plus d'un an pour obtenir un service. Un mécanisme d'accès unique est implanté en DI-TSA-DP pour les nouvelles références. Un délai de deux semaines peut toutefois être nécessaire pour traiter les nouvelles demandes. Lors de refus, le guichet s'assure de bien informer l'utilisateur et le référent. Un accompagnement est prévu pour aider l'utilisateur à obtenir le bon service. La direction clinique est encouragée à poursuivre ses travaux pour simplifier les mécanismes d'accueil des demandes du point de vue de l'utilisateur. De même, la cartographie des services de déficience physique devrait permettre d'accélérer le début des premiers services d'intervention, notamment chez les enfants. Des travaux et collaborations interdirections sont à faire en ce sens. Le principe à garder en mémoire est que l'utilisateur est toujours à la bonne place et qu'il ne devrait pas répéter des informations à chaque étape de sa trajectoire de services.

Le volet du développement des compétences fait partie des forces des équipes rencontrées. Celles-ci ont accès à une panoplie de formations soit transversales, obligatoires ou plus spécifiques. Le personnel clinique est ravi du soutien qu'il reçoit à cet égard. Cependant, en éducation spécialisée, des modalités de développement professionnel seraient à encadrer et à renouveler.

Le cadre éthique est connu des intervenants. Cependant, les équipes sont invitées à poursuivre leur cheminement dans l'identification proactive de situations éthiques potentielles.

Les intervenants rencontrés soulignent l'importante solidarité qui existe dans les équipes. La motivation et l'engagement se sont maintenus malgré la pénurie de ressources. De même, à la suite de formations en 2020-2021, le redéploiement du processus du plan d'intervention est un franc succès. Les équipes et les usagers en sont fiers. Sur le plan de l'évaluation du fonctionnement des équipes, les secteurs sont invités à poursuivre les bilans annuels d'équipe. À titre d'exemple, l'autoévaluation des compétences de collaboration interprofessionnelle par les membres des équipes pourrait faire partie des sujets abordés dans une optique d'amélioration continue avec la collaboration d'utilisateurs partenaires.

Le processus d'évaluation du rendement du personnel fait partie des priorités d'amélioration de l'équipe de gestion. Le retour au travail d'employés en absence de long terme mériterait aussi une attention particulière dans l'optique d'un retour harmonieux et efficace tant pour l'employé que pour l'équipe.

Un formulaire standard permet à l'intervenant et à l'utilisateur de faire un état de situation complet des besoins de l'utilisateur. Les dossiers consultés témoignent de l'importance accordée par les équipes au plan d'intervention interdisciplinaire. Ceux-ci sont complets et bien consignés au dossier. L'utilisateur est au centre de l'intervention et est partie prenante du plan. Les commentaires recueillis par les utilisateurs suivis à

domicile sont éloquentes; ils expriment une grande appréciation des services reçus. Les intervenants assignés aux dossiers à domicile font preuve de créativité, assurent un suivi de grande qualité et ont établi un lien de confiance élevé avec la clientèle. Cela est digne de mention. Il convient de mentionner, à titre d'exemple, le succès d'un plan d'intervention interdisciplinaire et intersectoriel auprès d'une usagère grande utilisatrice des soins d'urgence. L'intervention avec les partenaires a fait la différence pour cette personne. L'équipe est encouragée à poursuivre l'amélioration du processus de révision du plan d'intervention en temps opportun.



À la suite des résultats des audits sur l'hygiène des mains, l'équipe de gestion est invitée à examiner de nouvelles initiatives pour favoriser la pleine participation et la responsabilisation optimale des acteurs cliniques dans le maintien des standards ciblés. À titre d'exemple, des champions cliniques sur le terrain en appui aux infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) et aux gestionnaires des directions cliniques pourraient être explorés.

Bien que plusieurs critères soient conformes, l'équipe est encouragée à assurer le maintien de l'uniformité dans l'application de la politique sur les plaies de pression. L'implantation de la procédure doit impliquer davantage les ergothérapeutes et les physiothérapeutes des équipes concernées en DI-TSA-DP. De plus, l'évaluation de l'efficacité de la méthode utilisée nécessite une démarche conjointe de la direction des soins infirmiers avec la direction DI-TSA-DP afin de bien adapter les procédures à la réalité et à la clientèle du programme.

Au niveau des systèmes d'information clinique, des enjeux importants ont été soulevés en lien avec l'interface du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) et du Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC). La direction est encouragée dans ses démarches pour améliorer cette situation.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)</b>	
<p>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.</p> <p>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'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>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.</p> <p>3.1.42.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>3.1.42.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	
<p>3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>3.1.43.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>3.1.43.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>3.1.43.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.</p> <p>3.1.43.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.</p> <p>3.1.43.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.</p>	



- 3.1.45 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.
- 3.1.45.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'usager.
- 3.1.45.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 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.

### Commentaires des visiteurs

### Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

#### DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) — CLIENTÈLE ADMISE

L'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) est située au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Macamic. Bien que la bâtisse soit vieillissante, l'URFI est propre et bien aménagée. Les espaces de réadaptation sont variés, malgré les limites architecturales. Pour éviter toute dégradation et moisissure, des réparations mineures et une couche peinture seraient requises dès que possible dans la salle de bain en ergothérapie. Cette salle de bain est dédiée à l'évaluation et à l'intervention auprès de la clientèle.

La gestionnaire est très engagée et est à l'écoute. Elle a pris l'initiative de mettre en place un cadre de rencontre permettant un dialogue régulier sur le climat et le désamorçage d'irritants en temps opportun. Cette initiative est digne de mention et complète les autres mécanismes de communication et de fonctionnement de l'équipe.

L'équipe clinique démontre un grand dévouement envers la clientèle. Elle est très fière de contribuer à la progression des usagers et de collaborer avec les familles. La communication et l'entraide sont constantes entre les intervenants. Du fait de sa nature spécialisée et de sa vocation régionale, l'équipe est aussi encouragée à se doter d'un processus d'amélioration continue des compétences de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec les usagers. Le partenariat usager au sein de l'unité est également à encourager dans divers comités et travaux pertinents.



Il existe un pourcentage élevé de main-d'œuvre indépendante à l'unité, notamment en soins infirmiers. Des mesures sont en place pour favoriser la saine intégration de ce personnel. Un suivi serré reste requis pour assurer le maintien de la sécurité des soins et des services, notamment en prévention des plaies de pression.



Avant l'admission, un formulaire standard d'orientation est rempli par les équipes référentes. Les délais avant l'admission peuvent aller de 24 heures à plusieurs jours. Le principe de réadaptation est palpable dans les échanges avec l'équipe clinique. Le souci de partenariat et d'autonomisation de la personne est digne de mention. La qualité des plans d'interventions est éloquente. Sous l'animation de la coordonnatrice clinique, le plan d'intervention interdisciplinaire est fait en étroite partenariat avec l'utilisateur et sa famille. De même, le processus clinique lors du congé de l'utilisateur permet un partenariat et une transition harmonieuse, sécuritaire et personnalisée vers le prochain service. Cela est digne de mention.

Le circuit du médicament est bien respecté. L'équipe vise le maximum de sécurité et d'autonomie pour l'utilisateur en lien avec la prise de médicament. La progression des étapes vers l'automédication est bien structurée et adaptée à la capacité de l'utilisateur.

Vu la complexité des besoins de la clientèle et la vocation régionale de l'URFI, l'équipe requiert parfois un accès à certains experts en temps opportun, notamment en psychologie. La direction clinique est encouragée à poursuivre l'exploration d'alternatives, telles que des modalités à distance avec des experts pertinents, hors région si c'est requis, afin de poursuivre le développement de l'expertise de l'équipe, le tout au bénéfice de la population abitibienne.

---

## 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
<b>Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)</b>	
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>4.1.30.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.</p>	
<p>4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.63.1 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>4.1.63.2 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>4.1.63.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>4.1.64 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	



4.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

4.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

#### Commentaires des visiteurs




#### Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)




Une équipe dynamique, motivée et mobilisée, compose la direction du programme DI-TSA-DP, particulièrement pour la clientèle inscrite du programme DI-TSA. Les visiteurs ont remarqué un grand souci des membres de l'équipe pour assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires.




Une équipe pluridisciplinaire très complète œuvre en étroite collaboration et en partenariat. Le plan d'intervention interdisciplinaire est réalisé en équipe sous la gouverne des spécialistes en activités cliniques (SAC) dont le rôle de coordination, de supervision et de soutien est essentiel à l'atteinte et au maintien de la qualité des soins et services.

Les visiteurs ont aussi remarqué la grande disponibilité et la flexibilité des membres de l'équipe de la DI-TSA-DP pour travailler en collaboration et en partenariat afin d'offrir des services adaptés aux besoins des usagers, entre autres pour la clientèle 0-5 ans, en soutien à la famille dans l'attente du début des services (par exemple les groupes de soutien aux familles pour la clientèle TSA). Ce volet est fortement apprécié par les familles.

## 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
<b>Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)</b>	
<p>5.1.15 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>5.1.15.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<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'usager, 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'usager 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'usager 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>5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</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.	
5.1.31.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'usager chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	
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.	
5.1.31.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	
5.1.32	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.	
5.1.32.1	Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.	
5.1.32.2	Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.	
5.1.51	Dans le cadre du plan de services individuel, les ressources visant à aider la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement à apprendre et à mettre en oeuvre les habiletés qui l'aideront à atteindre ses buts sont déterminées en collaboration avec la personne et sa famille.	
5.1.52	Un plan de services complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille et il est consigné.	
5.1.53	Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan de services, sont consignés dans le dossier de l'usager.	
5.1.58	Le recours aux méthodes restrictives est documenté dans le dossier médical de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.	
5.1.60	Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan de services au besoin.	
5.1.66	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

<p>5.1.66.1</p> <p>5.1.66.2</p> <p>5.1.66.4</p>	<p>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>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>L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	
<p>5.2.1</p> <p>5.2.1.1</p> <p>5.2.1.2</p> <p>5.2.1.3</p>	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);</li> <li>• mesurer l'utilisation d'un produit;</li> <li>• inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;</li> <li>• évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>5.2.2</p> <p>5.2.2.1</p>	<p>La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> <p>Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.</p>	
<p>5.2.6</p>	<p>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.</p>	

5.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.



#### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)

Une équipe dynamique, motivée et mobilisée, compose la direction du programme DI-TSA-DP, particulièrement pour la clientèle admise en DI-TSA. Les visiteurs ont remarqué un grand souci des membres de l'équipe pour assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires.

Des méthodes positives sont utilisées pour prévenir et gérer les comportements violents, agressifs et à risques élevés de façon sécuritaire. Cependant, il est recommandé de poursuivre la formation OMEGA pour tous les employés, particulièrement pour les usagers TSA admis.

Lors de la distribution des médicaments à l'unité TSA (usagers admis) de Rouyn-Noranda, il a été observé et discuté que le contenant d'unidose de médicaments « Dispill » ne permet pas la double identification de l'utilisateur (on n'y retrouve que son nom). Il est recommandé de joindre une photo à la feuille d'administration des médicaments (FADM) et d'ajouter un identifiant supplémentaire sur le contenant d'unidose (date de naissance ou numéro de dossier...) pour permettre la double identification de l'utilisateur.

L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation du bilan comparatif du médicament (BCM) en DI-TSA-DP et à renforcer la double identification de l'utilisateur lors de la distribution des médicaments pour les usagers admis afin d'agir en prévention des accidents et incidents.

Au site de Rouyn-Noranda, il a été observé et discuté que l'utilisation d'une mesure de contrôle n'est pas toujours documentée au dossier de l'utilisateur. Bien que le consentement de l'utilisateur soit obtenu dans les règles, la politique sur l'utilisation des mesures de contrôle demande le complément d'une note au dossier répondant aux exigences de l'établissement.

Sur le plan de l'environnement physique, le visiteur a observé sur l'unité TSA (usagers admis) de Rouyn-Noranda que l'aménagement était vétuste (murs et ameublement), que les murs étaient abimés et décolorés, que la décoration était totalement absente. Bien qu'il ait été discuté qu'en raison des obligations de sécurité, beaucoup de mobilier devait être fixé au plancher ou au mur, l'établissement devrait envisager de rafraîchir cet environnement et d'ajouter des éléments de décoration aux murs (par exemple fixé de façon sécuritaire). Ceci afin de favoriser un environnement plus agréable et potentiellement thérapeutique pour les usagers.

## 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.