ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Sherbrooke, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 février 2023

Date de production du rapport : 22 mars 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (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 février 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.

Droits d'auteur © 2023 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés. Toute utilisation, reproduction et autre exploitation du présent document est soumise aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation. Toute autre utilisation est interdite

Table des matières

Sommaire 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 4

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation 5

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 7

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 13

Commentaires de l'organisme 15

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises 16

Résultats détaillés de la visite 18

Résultats pour les manuels d'évaluation 19

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services 19

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 21

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 24

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme (usagers inscrits) 26

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme (usagers admis) 30

Annexe A - Programme Qmentum 33

Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (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'usager. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issu 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 : 5 au 10 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. Atelier et centre d'activités de jour d'Asbestos - 5123-0076
2. Atelier et centre d'activités de jour Sherbrooke - Prospect - 5122-1521
3. Centre d'hébergement Saint-Vincent (Centre administratif Saint-Vincent) - 5122-6835
4. Centre de réadaptation de l'Estrie - 5518-3370
5. Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook - 5121-9350
6. Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog - 5121-9046
7. Centre de services ambulatoires Providence - 5122-2917
8. Centre de services ambulatoires Saint-Jacques - 5122-8112
9. CLSC de Cowansville - 5122-4079
10. CLSC de Cowansville-du-Sud - 5275-4975
11. CLSC de Richmond - 5121-9319
12. CLSC et GMFU King Est - 5122-3444
13. Résidence à assistance continue (RAC) Entracte
14. Résidence à assistance continue (RAC) Virage

- **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.)	33	4	0	37
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	101	6	13	120
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	143	4	10	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.)	102	6	4	112
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	**416**	**22**	**27**	**465**

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	45 (93,8%)	3 (6,3%)	0	83 (94,3%)	5 (5,7%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	27 (100,0%)	0 (0,0%)	3	40 (90,9%)	4 (9,1%)	4	67 (94,4%)	4 (5,6%)	7
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	44 (100,0%)	0 (0,0%)	2	74 (100,0%)	0 (0,0%)	2

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)	25 (96,2%)	1 (3,8%)	9	57 (96,6%)	2 (3,4%)	0	82 (96,5%)	3 (3,5%)	9
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	34 (97,1%)	1 (2,9%)	2	48 (94,1%)	3 (5,9%)	7	82 (95,3%)	4 (4,7%)	9
Total	154 (97,5%)	4 (2,5%)	14	234 (95,1%)	12 (4,9%)	13	388 (96,0%)	16 (4,0%)	27
Total	**154 (97,5%)**	4 (2,5%)	14	234 (95,1%)	12 (4,9%)	13	388 (96,0%)	16 (4,0%)	27

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
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	3 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.

La présente visite d'agrément au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) concerne la séquence 4, du cycle de cinq ans, du programme Qmentum adapté aux établissements publics québécois. Les programmes de déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont été évalués lors de cette visite d'agrément.

Gestion de la qualité et des risques:

Dans l'ensemble des secteurs d'activités évalués, une attention particulière est apportée à la gestion des risques et de la qualité. Les indicateurs de mesure sur l'atteinte des résultats sont cependant à développer. Les événements indésirables font l'objet d'une déclaration AH-223. Les événements sont analysés avec le soutien de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) et une rétroaction est faite auprès des équipes terrain. Il convient d'attribuer une mention spéciale au secteur Déficience physique-Usagers inscrits du Centre de réadaptation de l'Estrie (CRE) qui a fait d'un événement sentinelle un projet d'équipe en matière de détection et de gestion du risque suicidaire méritant d'être souligné du fait des outils développés et des processus implantés.

Culture de la mesure et mécanismes de suivi de la performance:

La direction des programmes DI-TSA-DP a mis en place des indicateurs de suivi plus quantitatifs afin de veiller sur les listes d'attente et les délais de début de services. Il serait souhaitable de développer des indicateurs liés aux objectifs d'amélioration et poursuivre le déploiement des salles visuelles afin d'assurer le suivi des résultats par le système de pilotage.

La conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) :

Sur les 14 POR évaluées à la direction des programmes DI-TSA-DP, 9 sont conformes : Bilan comparatif des médicaments, conformité aux pratiques d'hygiène des mains, formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains, formation sur les pompes à perfusion, identification des usagers, mécanismes de déclaration des événements indésirables, prévention des plaies de pression, soins des plaies et prophylaxie de la thromboembolie veineuse – TEV. Toutefois, la conformité n'est pas atteinte pour les POR sur le cheminement des usagers, l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile, la prévention du suicide, la stratégie de prévention des chutes et le transfert des informations aux points de transition.

Il faut souligner que certaines POR ont fait l'objet d'une révision afin de les adapter aux clientèles ciblées (ex.: prévention du suicide en résidence à assistance continue [RAC], stratégie de prévention des chutes en RAC, etc.). Leur implantation apportera une valeur ajoutée aux processus. Il est à noter que le secteur de déficience physique pour usagers admis a satisfait à l'ensemble des POR et les acquis sont visibles dans les pratiques de l'équipe.

La continuité des trajectoires de services :

Les trajectoires des services ne sont pas fluides, ce qui occasionne une certaine compartimentation dans les pratiques cliniques et managériales ainsi qu'une rupture dans la continuité des services et un accès limité. La direction est encouragée à entreprendre la transformation vers la gamme de services en DI-TSA-DP diffusée par le MSSS afin de favoriser la participation sociale de l'usager et une meilleure intégration des services.

La mise en œuvre d'une approche de soins centrés sur l'usager:

Quoique présent dans la vision de l'intervention, l'apport des usagers et des proches est à géométrie variable selon les secteurs. Des usagers partenaires sont présents dans certains comités organisationnels. Il est recommandé à l'établissement de systématiser la participation des usagers ou de leurs proches lors de l'élaboration des plans d'intervention ainsi que lors de la révision des objectifs.

La mise en œuvre d'une approche interdisciplinaire au niveau des soins des usagers:

Considérant la sectorisation des activités et des ressources, l'intervention multidisciplinaire est souvent complexifiée par des collaborations nécessaires interdirections ou interservices qui sont parfois laborieuses. Cependant, l'approche interdisciplinaire et collaborative de l'équipe de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les usagers admis en déficience physique est sans contredit une grande force de ce secteur, s'ajoutant la stabilité d'une équipe expérimentée.

Les pratiques sécuritaires:

Les bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections sont respectées et font l'objet d'audits pour l'ensemble des services DP, DI-TSA. Il faut souligner l'important défi relevé par l'équipe de l'URFI qui n'a eu aucune infection nosocomiale pendant la pandémie, ce qui relève d'une rigueur plus qu'exceptionnelle. Les processus en place sont sécuritaires en matière de gestion des médicaments et concernant le retraitement des dispositifs médicaux. L'ensemble des pratiques sont sécuritaires hormis une recommandation formulée à la gestionnaire de faire installer un dispositif permettant de barrer et de sécuriser la porte donnant accès à des produits de désinfection dangereux, des bonbonnes d'oxygène, etc. se trouvant dans la section d'entreposage du matériel souillé.

Commentaires de l'organisme

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

Nous tenons à remercier l'équipe des visiteurs d'Agrément Canada pour l'évaluation des séquences 4 et 5. Cette visite fut mobilisatrice pour nos équipes qui étaient fières du chemin parcouru.

Nous avons pris acte des constats, des succès et des défis qui ont été soulevés par l'équipe visiteuse. Dans l'ensemble, ce portrait reflète notre situation, en termes d'enjeux à considérer et de potentiel d'amélioration. Nous nous engageons à porter l'amélioration continue de la qualité en lien avec les constats présentés dans ce rapport.

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	
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace 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) 4.1.63
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.68
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Stratégie de prévention des chutes 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.	· 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
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	· 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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.	· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.52 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7

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

POR Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.17	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.	
1.7.6	L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.	
1.7.10	Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux buts et objectifs stratégiques plus larges de l'organisme.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

La direction présente une offre de services diversifiée, basée sur une culture d'amélioration continue de la qualité. Les gestionnaires et les équipes professionnelles sont dévoués, font preuve de résilience et sont centrés sur les besoins des personnes de tous âges ayant soit une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Il existe un phénomène d'alourdissement de la clientèle qui peut présenter de multiples problématiques, souvent associées à des troubles graves du comportement, nécessitant plusieurs collaborations inter et intradirection.

Les services sont centrés sur les besoins de la population dans un contexte de pénurie de personnel et de ressources (ex. : listes d'attente dans les services visités, manque de services de répit, etc.), et ce, dans un grand territoire géographique.

De nombreuses initiatives locales sont implantées afin de répondre de façon optimale aux personnes et à leurs familles (ex. : groupe de parents 0-5 ans, désignation d'un intervenant pivot, groupes de préparation à la maternelle, etc.). Toutefois, il importe de mentionner que les trajectoires des services ne sont pas fluides, ce qui occasionne une certaine compartimentation dans les pratiques cliniques et managériales ainsi qu'une rupture dans la continuité des services. Afin de soutenir la pleine participation sociale des usagers et d'assurer une meilleure intégration des soins et services, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déposé des orientations afin d'implanter une gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Des continuums de services incluant de multiples trajectoires sont à mettre en place afin de permettre une meilleure fluidité des services spécifiques et spécialisés aux usagers et à leurs proches. Un changement de culture est à prévoir à cet égard.

De plus, de nombreux autres défis s'ajoutent à cette importante gestion de changement. Il faut citer la nouvelle structure organisationnelle qui joint les services de soutien à domicile et les services spécialisés gériatriques; le rapatriement des services spécialisés offerts actuellement par le CISSS de la Montérégie-Ouest; le continuum résidentiel à compléter en lien avec le développement futur d'une unité de réadaptation comportementale intensive (URCI); le développement d'hébergement alternatif et la consolidation des services en place afin d'améliorer l'accessibilité et diminuer les listes d'attente.

La mise en place des rencontres d'équipe dans tous les services visités démontre les efforts de la direction pour consolider la collaboration. Toutefois, les modalités formelles de collaboration interprofessionnelle sont à géométrie variable. Il serait pertinent d'harmoniser et de mesurer l'efficacité de la collaboration afin de diminuer la multiplicité des rencontres (ex. : plusieurs comités diffèrent d'un gestionnaire à un autre). Il est important de souligner les nombreux partenariats à tous les paliers du réseau (ex. : écoles, policiers, municipalités, organismes communautaires) ainsi que les projets novateurs (ex. : comité quator, tables de concertation, intégration des enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme dans les écoles) mis en place pour favoriser l'intégration et la socialisation des personnes atteintes de DI-DP-TSA. L'établissement est fortement encouragé à renforcer les liens avec les municipalités pour assurer un environnement accessible aux personnes atteintes de DI-TSA-DP aux installations de loisirs (ex. : rampes d'accès enneigés).

Il faut souligner les mérites du programme de la qualité et de gestion des risques. Toutefois, l'établissement est fortement encouragé à poursuivre le déploiement des stations visuelles afin de mieux communiquer les indicateurs auprès des équipes, et ce, afin de les mobiliser dans l'appropriation des stratégies d'amélioration continue de la qualité des services. L'intégration d'un usager dans la planification stratégique de la direction pourra assurer une voix forte aux personnes atteintes de DI-TSA-DP et à leurs dans la conception de l'offre de services. L'implantation des audits de qualité (ex. : dossiers, PI, PSI, etc.) est à systématiser, et ce, pour l'ensemble des services visités.

Finalement, il convient de souligner les actions mises de l'avant pour favoriser la fidélisation (ex. : comité d'accueil et de rétention, programmes d'intégration) qui semblent fortement appréciées par les nouveaux employés. Toutefois, l'établissement est appelé à systématiser l'évaluation du rendement et à actualiser les mécanismes de reconnaissance de la contribution du personnel.

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)		
2.1.1	Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
2.1.3	Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.	
2.1.20	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.30	Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
2.1.52	Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile. 2.1.52.3 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.	POR
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)		

Pour les services de déficience physique, usagers inscrits, cinq installations ont été visitées.

Le manque de places d'hébergement en déficience physique (DP) dédiées à la clientèle adulte est une réalité qui touche la plupart des territoires, sauf Magog. Les équipes en place comptent un petit nombre d'intervenants, ce qui les fragilise davantage lors d'absence ou de départ. Pour les points de services en centre local de services communautaires (CLSC), les équipes DP se disent peu considérées parfois même oubliées par les autres secteurs de l'établissement. Les gestionnaires ainsi que les assistantes à la coordination professionnelle sont encouragés à maintenir les efforts de mise à contribution et de concertations cliniques, notamment entre la DP et le soutien à domicile-soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAD-SAPA). Il est important de placer au cœur des services les besoins des usagers en DP adultes avant les structures et de promouvoir la fluidité dans les trajectoires de services. Ceci est valable en interservices (programmes) de 1re ligne et de la 1re vers la 2e ligne (et vice-versa).

Tous les intervenants et gestionnaires ont une approche empathique envers les usagers et leur famille, ce qui dénote une belle appropriation de l'approche centrée sur la personne.

L'assistant à la coordination professionnelle (ACP) du réseau local de services (RLS) correspondant au CLSC de Granby joue un rôle primordial dans les arrimages avec les autres secteurs, dont le SAD de SAPA. La fluidité de ces corridors, tant intra-CIUSSS qu'avec les partenaires communautaires, est à harmoniser et à consolider davantage.

Lors des plans d'interventions individualisés (PII), l'implication de l'usager ou de ses proches est présente, mais pourrait l'être davantage; l'établissement est encouragé à y veiller. Les PII ne sont pas signés par les usagers, des bonifications du processus sont en réflexion avec les gestionnaires en poste (projet pour et avec l'usager et les personnes proches aidantes).

Sauf pour le RLS de Sherbrooke où se trouve encore un technologue en physiothérapie, les autres points de services évalués pour les usagers inscrits en DP, le personnel en place est composé de professionnels du domaine psychosocial. Ils sont très compétents dans leur champ d'exercice, mais ne peuvent pas toujours détecter des problèmes vécus par les usagers adultes DP, notamment au niveau des aides à la vie domestique et à la vie quotidienne (AVD-AVQ), de l'autonomie fonctionnelle et des risques du milieu physique. Il est recommandé d'affecter une ressource de réadaptation physique aux équipes DP usagers inscrits afin d'évaluer et de subvenir aux besoins de cette clientèle ou sinon faciliter l'utilisation de ces ressources dans les autres programmes-services (SAD-SAPA). En effet, l'établissement aurait avantage à insérer des professionnels de la réadaptation au sein des équipes adultes DP pour compléter les professionnels et travailleurs psychosociaux en place puisque les risques à domicile peuvent être en bonne partie issue de composantes physiques, fonctionnelles, AVD-AVQ, etc.

Pour les programmes spécialisés de la 2e ligne, usagers inscrits, l'offre de services est bien déployée. L'hébergement DP est également un enjeu compte tenu du nombre de ressources ayant fermé leurs portes au cours des dernières années.

Par ailleurs, l'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR) satisfait aux normes, sauf pour quelques secteurs où l'établissement aurait avantage à s'assurer que les ressources sont en place pour l'évaluation du risque à la sécurité à domicile, notamment, en lien avec le risque de chute pour des clientèles vulnérables (ex. : détecteurs de chute laissés sur le fauteuil roulant, etc.). L'établissement est encouragé à introduire de façon systématique des stratégies pour les usagers qui sont à risque de chute ou qui font des chutes de façon répétitive.

Les usagers et les personnes proches aidantes sont généralement impliqués dans les plans d'interventions, mais pourraient l'être davantage; cette recommandation a déjà été formulée aux gestionnaires et intervenants responsables.

L'approche disciplinaire et collaborative des équipes intraservices est généralement adéquate. Pour les secteurs où c'est moins présent, le gestionnaire en est conscient et se penche déjà sur la situation avec son équipe.

Les pratiques sont également sécuritaires en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI).

La gestion du risque de suicide est bien implantée et des grilles standardisées sont utilisées. Il convient d'attribuer une mention spéciale au secteur Déficience physique-usagers inscrits du Centre de réadaptation de l'Estrie (CRE) a fait d'un événement sentinelle un projet d'équipe en matière de détection et de gestion du risque suicidaire méritant d'être souligné du fait des outils développés et des processus implantés.

Finalement, au service d'aides techniques (SAT) du CRE, lorsque l'usager est recommandé pour une modification de son fauteuil motorisé au SAT, l'ergothérapeute du CLSC se retire du dossier. Ceci génère une interruption dans la fluidité de services puisque les professionnels rencontrés (ergothérapeute, physiothérapeute et technicienne en orthopédie) disent avoir besoin, légitimement, de l'évaluation de l'environnement à domicile. Ils sont donc obligés de refaire une demande pour un ergothérapeute par le guichet AOE, ce qui augmente les délais et ne sert pas les besoins de l'usager. Le manque de locaux d'évaluation (il y en a seulement 3) peut limiter l'accès aux usagers et augmenter les délais sur la liste d'attente. L'entreposage du parc d'équipement semble être un important problème, car les professionnels sont « entassés » dans des locaux exigus et encombrés et d'autres doivent s'accommoder continuellement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du Centre de réadaptation de l'Estrie a été visitée pour l'évaluation des services de déficience physique, usagers admis.

De façon générale, on la gestionnaire est attentionnée et maîtrise bien son rôle, s'appuyant sur une gestion de proximité bien démontrée. L'équipe en place est stable et bien expérimentée, la plupart des personnes s'y trouvant depuis de nombreuses années. Quelques postes sont temporairement dépourvus de leur titulaire, ce qui commande une agilité et une réorganisation significative des membres de l'équipe pour assurer les services aux usagers admis. L'unité est en surcapacité de 15 lits sur une capacité de 12 lits au permis. L'arrivée officielle de la clientèle provenant du CISSS de la Montérégie-Ouest est anticipée. Actuellement, l'URFI a commencé à recevoir cette clientèle sur la base d'une double recommandation de l'usager qui est mis en liste d'attente tant à Boucherville qu'à Sherbrooke et qui se verra offrir la 1re place qui se libère.

Par ailleurs, l'ensemble des POR sont conformes et les acquis sont bien démontrés dans les pratiques de l'équipe de l'URFI du CRE.

Les trajectoires en amont et en aval de l'URFI sont fluides et la coordination des services est agile permettant aux usagers d'avoir réponses à leurs besoins de réadaptation intensive avec efficience et pertinence (accessibilité, obstacles, transfert de l'information, continuité, collaboration, etc.).

Les usagers et les proches aidants sont grandement impliqués à toutes les étapes de leur réadaptation intensive passant de l'admission à leur contribution au plan individualisé d'intervention (PII). Celui-ci est complété initialement entre 2 ou 3 semaines post-admission et fera l'objet d'une réévaluation avant le congé de l'usager dont la durée moyenne de séjour (DMS) est approximativement de 50 jours.

L'approche disciplinaire et collaborative de l'équipe de l'URFI est sans contredit une grande force de ce secteur, s'ajoutant la stabilité d'une équipe expérimentée, dédiée et dévouée à la clientèle DP qui arrive à l'URFI.

Les pratiques et les processus en place sont sécuritaires en matière de gestion des médicaments. La gestion du bilan comparatif des médicaments (BCM) est d'ailleurs réalisée d'une façon des plus rigoureuses notamment par la pharmacienne ainsi que par le médecin de l'URFI (FADM).

Les pratiques sont également sécuritaires en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). Il faut souligner l'important défi relevé par l'équipe de l'URFI qui n'a eu aucune infection nosocomiale pendant la pandémie, ce qui relève d'une rigueur plus qu'exceptionnelle dans les mesures de PCI.

En matière de retraitement des dispositifs médicaux, l'ensemble des pratiques sont sécuritaires hormis une recommandation formulée à la gestionnaire de faire installer un dispositif permettant de barrer et de sécuriser la porte donnant accès des produits de désinfection dangereux, des bonbonnes d'oxygène, etc. se trouvant dans la section d'entreposage du matériel souillé.

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)	
4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile. 4.1.7.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence. 4.1.7.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.	POR
4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 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. 4.1.30.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	POR
4.1.43 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 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.	POR

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).	
4.1.68	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	POR
4.1.68.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
4.1.68.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	
4.1.68.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
4.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
4.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)

La planification et l'organisation des services se font dans une visée d'amélioration de l'accessibilité. Les services spécifiques et spécialisés sont offerts le plus souvent à proximité de l'usager (ex. : à domicile dans la famille naturelle ou d'accueil, en ressource intermédiaire). Un intervenant pivot assure l'évaluation des besoins et la coordination des services, et ce, en étroite collaboration avec les professionnels et les organismes concernés. Les politiques et les procédures en vigueur assurent un palier d'encadrement institutionnel des équipes managériales et professionnelles dans l'ensemble des services de la direction DI-TSA-DP.

Lorsque les guichets d'accès en DI-TSA-DP sont implantés, on observe une valeur ajoutée à la réponse des besoins des usagers.

Dans l'ensemble, la plupart des critères à priorités élevés sont conformes aux normes de qualité et de sécurité. Toutefois, les constats suivants constituent des améliorations potentielles pour augmenter la qualité et la sécurité des services.

Prévention du suicide :

1. Le repérage des usagers à risque de suicide ne se fait pas systématiquement.
2. La formation Processus Audis (Autisme, déficience intellectuelle, suicide) est en déploiement.
3. L'usager à risque est référé à un professionnel formé ou à Info-social pour l'évaluation.
4. La consultation de dossiers d'usagers repérés à risque de suicide révèle que les stratégies d'intervention ne sont pas inscrites.

Transmission de l'information :

1. Il semble avoir plusieurs façons de faire dans un même service.
2. Les outils ne sont pas harmonisés.
3. L'utilisation d'un courriel pour référer un usager est une pratique courante.
4. L'aide-mémoire pour uniformiser les données à partager n'est que rarement utilisé.
5. Il n'y a pas d'audits portant sur l'efficacité de la transmission de l'information.

Cheminement de la clientèle :

1. La garde d'urgence pour les personnes DI-TSA est disponible du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. D'autres services complémentaires de l'établissement prennent le relais de 16 h 30 à 8 h 30; l'usager a donc en tout temps accès à du soutien.
2. La méconnaissance de la gamme de services entre les différents programmes peut occasionner des délais supplémentaires au traitement des demandes.
3. Le manque de clarté quant aux rôles et responsabilités peut être une source de confusion pour les professionnels et les usagers.

L'établissement est fortement encouragé à :

1. Élaborer et harmoniser les outils de transmission de l'information clinique et procéder à des audits de qualité (ex. : formaliser et documenter les audits des assistants à la coordination professionnelle [ACP]).
2. Continuer à déployer la formation et le dépistage du risque de suicide.
3. S'assurer que l'information écrite sur les droits et les responsabilités, remise aux usagers, est claire, accessible et adaptée.
4. Alléger le processus d'accès et de consultation au comité d'éthique.
5. Développer des mécanismes de communication et de rétroaction efficaces et efficientes avec les équipes.
6. Encadrer la gestion sécuritaire des médicaments dans les centres d'activités de jour TSA.
7. Actualiser les responsabilités des gestionnaires en matière du soutien clinique des équipes.

Les plans d'intervention (PI) sont accessibles et complétés; toutefois, ils ne sont pas toujours disponibles dans les dossiers papier. Le niveau de contribution et de participation des usagers et de leurs familles dans l'épisode de services ne semble pas clairement délimité. L'établissement est fortement encouragé à mieux définir et formaliser l'apport des usagers et de leurs familles dans l'élaboration des plans d'intervention (ex. : PI, plan de service individualisé [PSI], etc.), et ce, selon les meilleures pratiques associées aux usagers partenaires des soins.

Les réseaux locaux de services étant des entités propres, il importe de respecter les couleurs locales. À cet effet, l'implantation uniforme de certains projets (ex. : groupe des parents 0-5 ans) peut ne pas répondre de façon optimale à la réalité particulière dans certains secteurs du territoire. La direction est encouragée à redoubler les efforts pour déployer différents mécanismes de consultations des usagers, et ce, dans l'ensemble de ses installations pour peaufiner l'identification des besoins de sa population.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)		
5.1.8	Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
5.1.10	Les listes d'attente sont coordonnées périodiquement avec celles d'autres organismes offrant des services similaires et celles des bailleurs de fonds, afin que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement aient accès aux services au moment opportun.	
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. 5.1.32.2 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. 5.1.32.3 Des protocoles et procédures (fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques quand elles sont disponibles et applicables au milieu) sont mis en oeuvre pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en résultent. 5.1.32.6 L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex. processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	POR
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.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)		

Les usagers ayant de multiples problématiques complexes avec de graves troubles de comportements requièrent des services adaptés et sécuritaires. Il faut souligner en premier lieu la très grande proximité, la rigueur et le professionnalisme de l'encadrement administratif et du soutien clinique dédié aux équipes des résidences à assistance continue (RAC).

Tout le personnel est fortement engagé et le petit nombre d'usagers dans chacune des installations favorise une personnalisation de l'offre de service tout en créant des liens d'attachement. La vigilance du personnel face aux situations de désorganisation des usagers, souvent accompagnées d'une grande violence, ainsi que le temps de réaction face aux événements est exemplaire.

L'apport d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, d'un pédopsychiatre et d'une infirmière a une valeur ajoutée considérable pour la qualité des soins et services aux usagers et le soutien aux intervenants.

Il existe un processus pour répondre aux demandes de services, mais le délai est important, car il y a peu de ressources disponibles en ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF). Le continuum résidentiel étant incomplet, cela génère une rétention de certains usagers en RAC qui pourraient évoluer vers une ressource plus légère afin de poursuivre leur réadaptation et de ce fait libérer une place pour un nouvel usager nécessitant l'encadrement de la RAC. Le manque de ressources en hébergement alternatif rend donc difficile toute coordination pour répondre aux besoins des usagers en temps opportun.

Il convient de saluer la nouvelle procédure en prévention suicide en RAC (décembre 2022) et le programme de prévention des chutes pour l'usager en RAC (novembre 2022) qui permettront une réponse mieux adaptée au profil des usagers.

Les services que l'usager reçoit sont consignés au dossier. Cependant on ne retrouve pas le nom du professionnel et sa signature dans certains documents cliniques. Il importe de les identifier adéquatement afin de faciliter les échanges d'informations. Le plan de services est élaboré et suivi dans le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD), mais il n'est pas consigné au dossier de l'usager. L'impression du document est requise dans ces situations.

Les formations sont accessibles et les liens de collaboration avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) sont fréquents afin d'assurer, entre autres, un environnement sécuritaire. En ce sens, il est noté que la RAC L'Envol nécessite des rénovations et des rafraîchissements importants afin de permettre aux intervenants et aux usagers un milieu de travail et de vie sain et sécuritaire.

La pénurie de main-d'œuvre est un défi constant et, considérant le degré de dangerosité dans les RAC, du personnel en nombre suffisant est essentiel. Afin de combler les lacunes, on note beaucoup d'entraide et de collaboration entre les membres des équipes pour couvrir tous les quarts de travail. Des mesures novatrices afin de favoriser le recrutement sont déployées avec les établissements d'enseignement et des stagiaires sont accueillis. Un processus d'accueil et d'orientation bien structuré est en place afin de favoriser la rétention.

Il existe des collaborations intersectorielles, notamment avec la pharmacie communautaire, les services policiers, les écoles spécialisées, l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Pour ce qui est des collaborations interdirections, des liens sont créés avec le programme jeunesse du fait d'usagers mineurs sous la loi de la protection de la jeunesse. Le profil complexe des usagers hébergés en RAC et leurs besoins sont méconnus.

En ce sens, la sensibilisation auprès des collègues des autres directions est nécessaire afin d'améliorer les liens de collaboration, notamment lorsque l'usager requiert des soins en santé physique ou en santé mentale.

Le projet d'unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) est très attendu afin d'améliorer l'accès aux RAC et assurer la mise en place d'une réadaptation intensive qui peut difficilement être déployée dans le contexte actuel. Un continuum résidentiel incluant l'ajout de places en RI-RTF devient un incontournable afin d'assurer une trajectoire de service fluide assortie des meilleures pratiques.

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.