



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Joliette, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 février 2023

Date de production du rapport : 31 mars 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (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.

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	16
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	17
Résultats détaillés de la visite	19
Résultats pour les manuels d'évaluation	20
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	20
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)	30
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	34
Annexe A - Programme Qmentum	39

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (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 : 12 au 17 février 2023**

- **Emplacements**

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

1. Centre d'hébergement et de réadaptation en déficience physique de L'Assomption
2. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme de Mascouche
3. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme de Sai Julienne
4. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Mansi
5. Centre de réadaptation en déficience physique de Joliette
6. Centre de réadaptation en déficience physique de Terrebonne
7. Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David
8. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Jean-de-Matha
9. CISSS de Lanaudière (siège social)
10. CLSC Desrosiers-Langlois - Services jeunesse, enfance, famille
11. RAC Brien
12. RAC Jeunesse
13. RAC St-Louis









- **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.)	35	2	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	74	21	25	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	7	2	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	129	12	16	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	26	0	1	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	90	14	8	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	364	51	50	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	28 (71,8%)	11 (28,2%)	1	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	71 (81,6%)	16 (18,4%)	1
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	17 (81,0%)	4 (19,0%)	9	38 (92,7%)	3 (7,3%)	7	55 (88,7%)	7 (11,3%)	16
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	26 (89,7%)	3 (10,3%)	1	44 (97,8%)	1 (2,2%)	1	70 (94,6%)	4 (5,4%)	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)	22 (100,0%)	0 (0,0%)	13	48 (96,0%)	2 (4,0%)	9	70 (97,2%)	2 (2,8%)	22
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	27 (77,1%)	8 (22,9%)	2	50 (96,2%)	2 (3,8%)	6	77 (88,5%)	10 (11,5%)	8
Total	120 (82,2%)	26 (17,8%)	26	223 (94,5%)	13 (5,5%)	23	343 (89,8%)	39 (10,2%)	49
Total	120 (82,2%)	26 (17,8%)	26	223 (94,5%)	13 (5,5%)	23	343 (89,8%)	39 (10,2%)	49

* 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))	Non Conforme	0 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

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

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 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	0 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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
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))	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	1 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
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))	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	5 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Non Conforme	0 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 des visiteurs dans le cadre de la visite de séquence 4 du programme Qmentum QuébecMC d'Agrément Canada au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière. Cette quatrième séquence vise le programme-services déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).

Les services à la population en déficience intellectuelle et du spectre de l'autisme, ainsi qu'en déficience physique au CISSS de Lanaudière sont intégrés sous la direction DI-TSA-DP et se déclinent en services de 1^e ligne (spécifiques/mission de centre local de services communautaires [CLSC]) et de 2^e ligne (spécialisés/mission de centre de réadaptation [CR]), et ce, pour les deux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSS) de la région.

Les services se déclinent en 634 places d'hébergement DI-TSA-DP dont : 581 places d'hébergement en établissement, 479 places en ressources intermédiaires et de type familial (RTF), 55 places en ressources intermédiaires (RI), 47 places en ressources à assistance continue (RAC), 53 places d'hébergement par entente avec le milieu communautaire, 42 places DP et 11 places DI-TSA en logement social et communautaire. Elle comporte 6 RAC (DI-TSA/TGC), 2 centres d'activités de jour en installation avec du personnel spécialisé en réadaptation pour la clientèle DI-TSA ayant un trouble grave du comportement (TGC). L'équipe qui offre les services à la clientèle est composée de 30 gestionnaires et de 994 employés (738 titulaires de poste actifs), soit 806 équivalents temps complet répartis selon 34 disciplines.

Deux unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) totalisant 22 lits accueillent la clientèle adulte présentant une déficience motrice. Ces unités travaillent en étroite collaboration pour assurer l'optimisation des lits sur l'ensemble du territoire lanauois.

L'équipe de direction est récente dans ce programme. En effet, une nouvelle équipe de direction fut nommée fin 2022, dont le directeur en septembre et la directrice adjointe en décembre.

Il existe des comités avec les partenaires communautaires et intersectoriels. À titre d'exemples, il faut mentionner le comité régional de concertation et de coordination avec les organismes communautaires, la table « Transition-école/vie active » (TEVA), la table « Soutien à domicile » et la table de la « Petite enfance ».

Dans le programme-services DI-TSA-DP, la clientèle desservie présente généralement un retard global de développement, trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle, une déficience du langage, une déficience auditive, une déficience visuelle, ou une déficience motrice.

Le guichet d'accès en DI-TSA-DP permet, tant aux parents ayant une inquiétude sur le développement au niveau du langage, du développement moteur (sensoriel et perceptif) ou cognitif de leur enfant, qu'aux professionnels de la santé, d'effectuer une demande de services. La précision diagnostique des enfants âgés de 0 à 7 ans est assurée par une équipe interdisciplinaire complétée par la présence d'un pédiatre au besoin. Une fois le diagnostic établi, aucune autre référence n'est nécessaire pour accéder aux services requis en DI-TSA-DP, car une continuité de services est assurée et l'enfant est suivi par les mêmes intervenants, tout au long de sa jeune enfance. La transition vers le programme jeunesse est assurée sans délai d'attente en fonction des besoins ciblés.

Les équipes rencontrées sont soucieuses d'offrir des services de qualité.

En DP, l'évaluation des risques à domicile est assurée par les ergothérapeutes et les intervenants des équipes spécifiques. Les recommandations ou demandes d'équipement sont alors enclenchées.

Il est cependant nécessaire pour les équipes en DI-TSA et TGC de mettre en place l'évaluation des risques à domicile afin d'assurer la sécurité des intervenants et la salubrité des milieux. Pour ce qui est des sites de prestation de services dans les RAC, certains sites présentent des situations à risque telles la RAC Brien et la RAC Jeunesse. Dans ce dernier cas, un déménagement dans des locaux plus adaptés et sécuritaires est prévu pour fin 2023.

Les équipes sont en déploiement des tableaux de gestion visuels (TGV) qui permettront de suivre des indicateurs et de développer une culture de mesure par le suivi de leur performance.

En DI-TSA, sept pratiques organisationnelles requises (POR) ne sont pas ou sont partiellement implantées et en DP, trois POR sont partiellement implantées, notamment le bilan comparatif des médicaments, l'évaluation en matière de sécurité à domicile, la formation sur les pompes à perfusion (en DP), la prévention du suicide, les soins efficaces des plaies (en DP), la prévention des chutes et le transfert d'informations aux points de transitions.

Les audits sur l'hygiène des mains sont à faire de manière systématique dans toutes les installations.

Cela représente un défi pour les équipes dans les prochains mois de mettre en place les processus nécessaires dans le but de rendre les milieux conformes aux pratiques sécuritaires.

La trajectoire de services en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme est intégrée et harmonisée. Cela permet une fluidité de la trajectoire. Pour la clientèle infantile, il y a peu de délais d'attente. Par ailleurs, il existe des délais d'accès aux services pour la clientèle jeunesse, principalement dû aux difficultés d'accès à des ressources professionnelles à certains niveaux. Il serait avantageux d'établir un contact régulier de suivi avec la clientèle en attente afin d'évaluer si les besoins ont changé et si l'enfant ou le jeune demande une priorisation différente de celle qui avait été déterminée. Un coffre à outils est aussi en élaboration afin d'aider les familles dans l'accompagnement de leur enfant lors des services ou en attente de ceux-ci.

La trajectoire pour la clientèle en déficience motrice jeunesse et adulte est également intégrée et harmonisée. Les délais d'accès sont surveillés en fonction des cibles d'accès fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Des corridors formels sont établis avec les établissements du réseau offrant des services surspécialisés afin de soutenir la prestation de services selon les besoins identifiés ainsi qu'en traumatologie afin d'assurer la fluidité du continuum de services. Les partenaires du milieu de garde ou du réseau scolaire sont impliqués activement lorsque nécessaire.

Les équipes sont aussi à mettre en place une banque d'utilisateurs ressources en DP, DI-TSA, et ce, dans une vision d'implication régulière d'utilisateurs dans différents projets. La notion d'utilisateur partenaire est en développement, mais l'établissement a un plan en cours.

Les équipes rencontrées travaillent en interdisciplinarité et sont dédiées à la clientèle. Les plans d'intervention interdisciplinaires sont réalisés et révisés avec les professionnels impliqués dans les dossiers et avec la famille ou l'utilisateur. Les plans d'interventions sont révisés régulièrement selon les familles rencontrées. Par ailleurs, un effort de concision pourrait être apporté afin de faire ressortir les priorités. Les objectifs devraient également être libellés selon les habitudes de vie plutôt qu'objectifs disciplinaires pour faire le lien avec le quotidien de l'utilisateur et la finalité recherchée.

Beaucoup d'accent est mis sur les pratiques sécuritaires et les processus de transition. Un retour est fait sur chacun des événements survenus afin de permettre aux intervenants d'en discuter et d'apprendre. Les services sont très adaptés aux jeunes et permettent aux parents d'intégrer les diagnostics et les approches au fur et à mesure du cheminement de l'enfant.

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.

Le CISSS de Lanaudière prend acte du présent rapport d'agrément ainsi que des commentaires et recommandations formulées par les visiteurs concernant la qualité des services offerts aux usagers et à la population de la région.

Nous remercions d'emblée les visiteurs d'agrément qui ont reconnu les efforts dévolus à la qualité, la sécurité ainsi que la conformité de nos services. La rétroaction réalisée par l'équipe de visiteurs est juste et constructive et sera porteuse pour la démarche d'amélioration continue qui se poursuivra.

Cette visite s'est déroulée dans un contexte où les efforts consentis à la lutte à la pandémie sont encore présents et sont combinés notamment à des enjeux importants de pénurie de main d'œuvre. Il importe de souligner l'engagement des équipes cliniques et de leurs gestionnaires qui ont permis d'atteindre ces résultats. Nous sommes particulièrement fiers des résultats et de la préparation à cette visite et prenons note des succès constatés par les visiteurs, notamment; la gestion de proximité, l'engagement dans l'amélioration continue, la collaboration avec les partenaires et le professionnalisme et respect des clientèles.

Par ailleurs, nous nous engageons à poursuivre nos efforts, concernant notamment l'amélioration de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et poursuivre le développement d'une culture de la mesure et d'implications des usagers et des proches dans la gouvernance des soins et des services.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.50 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.51 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.63 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.66
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.30

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.2.1 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.32
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.30 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.31
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7
<p>Soins efficaces des plaies Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.44

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés 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.	!
1.3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.3.16 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.	!
1.4.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.	!
1.4.5 L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
1.4.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
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.	!
1.5.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.7.2	La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

La direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) a connu, dans les derniers mois, des modifications structurelles importantes, engendrant des réorganisations dans la structure organisationnelle du programme. Toutefois, les intervenants rencontrés sont très engagés dans le processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

L'approche auprès des usagers est respectueuse, professionnelle et parfaitement centrée sur les besoins des personnes. L'importance accordée par l'intervenant à l'écoute des besoins des usagers et la volonté d'y répondre le plus possible est notable. Les ajustements d'objectifs et de moyens apportés au plan d'intervention le démontrent.

Les collaborations entre les différentes équipes et les principaux partenaires sont empreintes de collégialité, de respect et de cette volonté de s'entraider pour donner la meilleure qualité de service aux usagers. Considérant la taille de la communauté et la fluidité des communications, ce tissu social serré permet une intégration exemplaire aux personnes vulnérables.

Les trajectoires de services sont bien structurées et les points de transition très bien soutenus. Les usagers rencontrés se disent satisfaits des services obtenus.

En matière de gestion de la performance, il y a peu d'indicateurs développés et utilisés de façon structurée pour évaluer les progrès réalisés par rapport aux objectifs de l'amélioration de la qualité.

Les plans d'urgence sont peu connus, il serait avantageux de mettre en place un calendrier d'exercices et de formation.



Considérant la grandeur du territoire, une meilleure accessibilité aux informations cliniques serait un avantage important pour faciliter les interventions à distance au bénéfice des intervenants et des usagers. L'enjeu actuel est la multitude des dossiers (Système d'information pour les personnes ayant une déficience/SIPAD, dossier électronique au sud de Lanaudière et dossiers papiers).

Dans toutes les équipes rencontrées, un enjeu au niveau des dossiers usagers a été observé. Les intervenants détiennent un dossier satellite, dans certaines disciplines, qui n'est pas versé au dossier principal, privant ainsi les autres professionnels d'informations cliniques importantes. De plus, les intervenants doivent utiliser plusieurs plates-formes pour accéder à l'ensemble des informations cliniques de leurs usagers (SIPAD, Intégration CLSC, Dossier électronique, dossiers papiers, etc.). Les équipes sont encouragées à s'assurer que toutes les informations sont versées au dossier principal et à éviter la multiplication des dossiers satellites.

En matière de planification des services, ces derniers n'ont pas été conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté. L'établissement est donc invité à mettre en place des mécanismes permettant d'inclure les résidents, leur famille, les partenaires et la communauté dans leur processus de décision.

Plusieurs processus ont été mis en place, toutefois plusieurs d'entre eux mériteraient d'être formalisés et évalués, et ce, afin d'en mesurer leur efficacité.

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)	
2.1.9 Les besoins des usagers qui sont en attente de services sont régulièrement réévalués et les besoins des usagers qui vivent une urgence ou une situation de crise sont rapidement satisfaits.	
2.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.26 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.27 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
2.1.29 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
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. <ul style="list-style-type: none"> 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. 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). 2.1.44.8 L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour dispenser les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., temps de guérison, douleur, etc.); cette information est utilisée pour apporter des améliorations. 	
2.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

2.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

2.1.51 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

2.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Déficience motrice (DM) – Jeunes et adultes inscrits:

L'intégration des services spécifiques et spécialisés apporte une valeur ajoutée aux usagers et familles (concertation clinique accrue, volonté d'offrir des ressources favorisant la réinsertion et la participation sociale en allant au-delà des services de maintien à domicile). C'est une approche positive et prometteuse que l'établissement est invité à évaluer dans les prochains mois pour identifier les pistes d'amélioration au besoin. Des outils et des pratiques cliniques sont mis en place pour favoriser l'autogestion par la clientèle.

Les corridors de services pour la clientèle en traumatologie sont intégrés (signalement précoce en centre hospitalier désigné des usagers nécessitant de la réadaptation, communication efficace avec les référents en amont et échange d'informations lors des suivis par les équipes surspécialisées). Les équipes sont investies et dévouées et le travail en interdisciplinarité est favorisé.

Un guide d'accueil complet et étoffé pour les nouveaux intervenants en déficience motrice jeunesse (DMJ) est accessible via la plate-forme TEAMS. Un bon coup à faire connaître!

Il est recommandé à l'établissement d'assurer la traçabilité des informations et recommandations transmises à l'utilisateur ou sa famille (ex. : programme d'exercices) dans le dossier de l'utilisateur et de rédiger les plans d'intervention interdisciplinaire individualisés (PIII) en fonction des principes du processus de production du handicap PPH (en habitudes de vie).

Déficience visuelle - Déficience auditive (DV-DA) :

Les délais sont nuls pour l'accessibilité aux services et le signalement effectué par les partenaires en amont. Bravo!

Service d'aides techniques (SAT):

Utilisation optimale des équipements en misant sur la valorisation des fauteuils roulants. Il faut souligner l'ouverture les fins de semaine pour les situations urgentes. L'installation est ouverte, aérée et sécuritaire.

Déficience physique (DP) - Trajectoire 0-7 an, incluant déficience du langage, déficience intellectuelle, trouble ldu spectre de l'autisme (DL-DI-TSA):

Trajectoire fluide et intégrée. L'offre de services s'adapte en fonction des besoins du jeune et de sa famille et du profil diagnostique en cours de précision. Arrimage et travail de concertation avec le milieu de garde et le milieu scolaire. Capsules diverses et informations disponibles pour les parents ainsi que du soutien psychosocial.

Déficience visuelle (DV) :

Une petite équipe très spécialisée pour desservir tous les usagers du CISSS de Lanaudière, mais dévouée et mobilisée, se déplaçant à domicile sur tout le territoire au besoin pour adapter les interventions aux besoins des clients/famille.

Il est recommandé d'explorer la faisabilité d'implanter des projets de recherche clinique ou d'amélioration de la qualité (ex. : mesurer l'impact des interventions de réadaptation en DV sur l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale des usagers) en profitant de l'expertise clinique présente.

Bons coups :

Il convient de souligner la gestion de proximité assurée par une structure organisationnelle à échelle humaine, appréciée par les employés. Pour la majorité des équipes, l'utilisation des tableaux de gestion visuels (TGV) est appréciée pour traduire les enjeux terrain, mais son recours peut être variable selon les secteurs.

L'intégration des équipes spécialisées et spécifiques en DI-TSA-DP est une réalisation digne de mention qui mériterait d'être diffusée. Les équipes observent les effets bénéfiques sur la clientèle d'une offre de services intégrée. L'intégration de nouveaux titres d'emploi (technicien en travail social, kinésiologue, etc.) pour compenser la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs.

L'intégration de la trajectoire DI-TSA-DP pour la clientèle 0-7 an et le suivi de l'utilisateur par les mêmes intervenants tout au long de ce continuum.

Recommandations globales pour le programme en Déficience physique - usagers inscrits:

1. Tenue de dossier à géométrie variable en DP

Il est recommandé de répondre aux enjeux d'intégration des systèmes d'information qui engendrent l'éparpillement des informations cliniques dans différentes plates-formes informatiques et en format papier.

2. Absence d'un processus formel d'évaluation du rendement pour les employés en DP

Il est recommandé d'instaurer un processus d'appréciation de la contribution des employés afin d'obtenir la rétroaction de la part des employés et des pairs, identifier la conformité aux attentes en matière de productivité, du maintien des compétences, de propositions innovantes, etc.

3. Prévention des infections

Les audits ont été planifiés, mais leur réalisation reste à venir. L'implication des usagers/familles est recommandée.

4. Soins de la peau et des plaies

La détection précoce, l'évaluation de la condition de la peau et l'enseignement sur la prévention des plaies sont effectués, mais les équipes ne disposent pas d'outils normalisés pour assurer une prestation de soins standardisée. Des références vers des équipes spécialisées sont effectuées par certaines équipes, mais l'efficacité du processus n'est pas évaluée.

5. Travail en partenariat avec les usagers/familles

Les équipes en DI-TSA-DP sont invitées à sonder les usagers et leurs proches de façon continue pour ajuster leur offre de services face aux besoins identifiés.

6. Implication accrue des usagers partenaires

L'établissement est invité à explorer la faisabilité d'inclure un usager-ressource comme levier dans différents secteurs pour adapter au besoin l'offre de services, favoriser la participation sociale, favoriser l'échange avec des personnes ayant déjà reçu un diagnostic similaire.

7. Mécanismes de communication et fluidité tout au long du continuum de services


En DV: établir des mécanismes de communication avec les ophtalmologistes du territoire pour faciliter l'échange d'informations et faire connaître l'offre de services.

DP: Mettre en place un mécanisme récurrent et formel de rétroaction avec les partenaires afin de bonifier l'offre de services et établir des corridors de communication efficaces.

8. Processus formel de diffusion de l'information aux usagers dans les cas d'insatisfactions ou de plaintes
Transmission systématique souhaitée des coordonnées du bureau de la Commissaire aux plaintes du CISSS de Lanaudière de façon plus formelle et structurée et identification d'une personne neutre pour recevoir les doléances au besoin.

9. Évaluation des besoins pendant l'attente
Être proactif dans l'évaluation des besoins des usagers en attente (identifier les trajectoires et profils clientèle à risque).

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	
3.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.51.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
3.1.52 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
3.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

La petite unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de 12 lits à l'Assomption se trouve dans les installations d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Cependant, les leaders ont su tirer profit des lieux autant sur le plan administratif que sur le plan clinique pour encourager l'autogestion et l'autodétermination de la clientèle (ex. : repas à la salle à manger de l'étage, auto-administration des médicaments devant le poste de soins infirmiers, plateaux techniques sur le même étage, etc.).

L'optimisation du parc de lits est obtenue par une gestion flexible et adaptée aux fluctuations de volume (répartition des clients entre les deux URFI-DP du territoire). Admissions les fins de semaine.

Les indicateurs, dont les délais d'accès et les durées moyennes de séjour, sont suivis de façon régulière avec des résultats dignes de mention.

Une attention particulière doit être apportée afin que les procédures relatives au traitement des équipements contaminés soient intégrées et appliquées au quotidien par les employés ciblés.

Recommandations pour le programme en Déficience physique – Déficience motrice adulte (DP-DMA) - Usagers admis:

1. Points de transition

Mettre en place un mécanisme récurrent et formel de rétroaction avec les partenaires afin de bonifier l'offre de services et établir des corridors de communication efficaces.




2. Travail en partenariat avec les usagers/familles

Sonder les usagers et leurs proches de façon continue pour ajuster leur offre de services aux besoins identifiés.

3. Implication accrue des usagers partenaires

Explorer la faisabilité d'inclure un usager-ressource comme levier dans différents secteurs pour adapter au besoin l'offre de services, favoriser la participation sociale, favoriser l'échange avec des personnes ayant déjà reçu un diagnostic similaire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	
<p>4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>4.1.7.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.</p> <p>4.1.7.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.</p> <p>4.1.7.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.</p> <p>4.1.7.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.</p>	
<p>4.1.12 Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, leur famille et les autres prestataires de services sont tenus informés périodiquement du moment où de nouveaux services seront disponibles.</p>	
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
<p>4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	

<p>4.1.63.1</p> <p>4.1.63.2</p> <p>4.1.63.4</p> <p>4.1.63.5</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>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</p>	<p>L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>4.2.1</p> <p>4.2.1.1</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 : 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).</p>	<p>POR</p>

- | | |
|---------|---|
| 4.2.1.2 | Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles. |
| 4.2.1.3 | Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques. |

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)

Les secteurs visités font partie du continuum de services enfance, jeunesse et adulte de la Direction du programme déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). Des équipes sont en place à travers le territoire du CISSS de Lanaudière.

À Saint-Jean-de-Matha et à Terrebonne, au CLSC Desrosiers-Langlois, l'Équipe enfance et l'Équipe Jeunesse offrent des services pour la clientèle de 0 à 21 ans. Une transition appropriée est entreprise à 21 ans ou avant, selon le cas.

À Mascouche, l'Équipe enfance et l'Équipe adulte offrent des services au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI).

À Saint-Jean-de-Matha, les équipes sont situées au Centre multiservice, mais les jeunes ne s'y présentent pas, sauf pour des rencontres de parents. Le travail s'effectue dans le milieu de vie de l'enfant. De la formation et de l'accompagnement sont offerts aux parents. L'objectif des équipes est l'intégration et la continuité des services. Un travail de collaboration est fait avec les partenaires de tous les milieux concernés par l'enfant. Une table de concertation existe et des références sont faites au besoin aux équipes qui les soutiennent. Les équipes veulent travailler en épisodes de soins avec un début et une fin en regardant jusqu'où ils peuvent amener l'enfant (réadaptation) et quelle est la suite (adaptation). Ils travaillent en continuum intégré de service. Les équipes souhaitent mettre en place un coffre à outils pour les parents et les enfants.



Les gestionnaires sont disponibles pour les équipes et les soutiennent. Des rencontres d'équipe sont tenues et des groupes de soutien peuvent répondre aux questions des intervenants. La pénurie de professionnels est un enjeu important pour le soutien de ces clientèles. L'équipe Enfance intervient rapidement, mais la situation est différente pour l'équipe Jeunesse qui vit avec d'importants délais d'attente. Des critères de priorisation sont en place. Les plans d'intervention interdisciplinaires (PII) sont rédigés et révisés aux trois mois avec la collaboration des parents pour les jeunes. Des formations sont offertes au personnel pour les outiller pour les situations que les jeunes peuvent présenter. Cependant, le déploiement de la formation est à poursuivre sur la prévention du suicide; même si un groupe de soutien existe, l'évaluation du risque suicidaire est à développer et à documenter dans les dossiers des usagers. La sécurité à domicile est aussi une faiblesse, car l'évaluation des risques n'est pas faite et les intervenants n'ont pas tous la même approche pour faire respecter certaines règles. Une démarche est à entreprendre afin d'assurer que cette pratique organisationnelle est mise en place. Un retour est fait systématiquement pour les événements déclarés.

Les familles et usagers rencontrés sont très satisfaits des services et se sentent bien soutenus. Ils souhaiteraient, cependant, obtenir une marche à suivre afin de connaître les différentes étapes par lesquelles leur enfant devra passer pour l'avenir, le diagnostic, l'école et autres.

Le consentement se retrouve sur le formulaire rempli lors de la prise de contact avec l'utilisateur et son proche par le guichet d'accès. L'équipe est encouragée à faire signer un consentement général aux soins et services et à garder une copie de ce consentement dans le dossier actif.

Les enjeux de fidélisation et de recrutement des ressources sont importants. Souvent, on retrouve un seul individu dans une discipline dans l'équipe, un départ vient fragiliser les services aux usagers. L'établissement est encouragé à poursuivre ses démarches afin de pourvoir les postes libres de titulaires dans les équipes.

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)	
5.1.25 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
5.1.26 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
5.1.27 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
<p>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'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> <p>5.1.30.1 Les types d'utilisateurs qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>5.1.30.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.</p> <p>5.1.30.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>5.1.30.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	
<p>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.
- 5.1.32.3 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.
- 5.1.32.4 L'information sur les interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est consignée dans le dossier du résident et communiquée à l'équipe.
- 5.1.32.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 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.

5.1.42 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



5.1.43	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	
5.1.66	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>5.1.66.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
5.1.67	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2.1	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>5.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>5.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	

5.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
5.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
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.	!
5.3.14	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!
5.3.17	Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)

L'équipe des visiteurs a eu l'occasion de visiter trois ressources à assistance continue (RAC) pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme avec troubles graves de comportement. Des équipes majoritairement stables et dévouées aux usagers ont été rencontrées. Malgré la clientèle lourde, l'équipe est constamment à la recherche de solution afin que leurs usagers puissent progresser.

Lors de la visite, il a été vérifié auprès de la gestionnaire qu'il n'y a pas de guide d'accueil remis à l'utilisateur ou à sa famille lors de l'admission en ressource à assistance continue (RAC) comportant, entre autres, les informations sur les droits et responsabilités des usagers et les procédures pour porter plainte. Ce document sera élaboré dans le cadre du plan d'amélioration que l'équipe a rédigé. L'équipe est encouragée à mettre en place de la documentation à déposer lors de l'admission.

Les visiteurs ont consulté les dossiers sommaires disponibles dans les ressources à assistance continue (RAC) et, par la suite, consulté les dossiers complets aux services des archives de la direction DI-TSA-DP et aucun document sur le consentement aux soins et services n'a été trouvé dans les dossiers. L'équipe est encouragée à s'assurer que les consentements sont signés par l'utilisateur ou la personne chargée de prendre des décisions en son nom. De plus, il est suggéré à l'équipe de conserver une copie de ce consentement dans le dossier sommaire détenu dans la RAC.

Il a été constaté que le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué lors de l'admission de l'utilisateur dans les ressources à assistance continue. L'équipe est encouragée à mettre en place cette pratique organisationnelle requise (POR).

Il a été constaté dans les RAC Brien et Saint-Louis que la médication était conservée dans des armoires non barrées, il semble que de nouveaux classeurs ou armoires avec serrures sont en commande. L'équipe est encouragée à se doter d'armoires barrées pour la conservation de la médication en format Dispill et d'une section plus spécifique pour les médicaments de niveaux d'alerte élevés en instaurant un processus de double vérification et double signature pour ces médicaments.

Les locaux visités à la RAC Brien sont des locaux qui étaient prévus à l'époque pour un centre de jour pour la clientèle du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Les infrastructures n'étaient pas prévues pour recevoir une clientèle en ressources à assistance continue ayant un trouble grave de comportement. Il a été constaté que les cabinets de toilette ont été endommagés par la clientèle et que la chasse d'eau n'est plus disponible. La salle de bain n'est pas adaptée pour cette clientèle, ce qui oblige les éducateurs à laisser la porte de la salle de bain ouverte lors du bain ou de la douche d'un usager, ce qui ne respecte pas l'intimité des usagers. Il semble que des cabinets de toilette carcérale, plus adaptée à la résistance au bris que la clientèle peut occasionner, sont en commande depuis plusieurs semaines. L'équipe est encouragée à revoir rapidement les installations physiques de la RAC Brien afin de la rendre sécuritaire et assurer le respect de l'intimité des usagers lors du bain ou de la douche.

Les locaux de la RAC Jeunesse ne sont pas adaptés non plus pour la clientèle ayant un trouble grave de comportement. Cependant, dans ce dernier cas, une solution est en développement par la récupération des locaux de la pédopsychiatrie qui sont en rénovation actuellement. Ces nouveaux locaux seront plus vastes avec des salles d'activités, une cour extérieure et des chambres plus adaptées. Cette ressource doit être disponible à l'automne 2023.

La clientèle vient d'intégrer, il y a quelques semaines, les locaux à la RAC Saint-Louis qui auparavant se trouvait au 5e étage d'une résidence pour personnes âgées (RPA). Cependant, il a été constaté que ces nouveaux locaux comportent des corridors très étroits et accueillent un total de 22 usagers. Lors des discussions avec les proches des usagers, leurs insatisfactions en ce qui a trait aux nouveaux locaux qu'ils viennent d'intégrer sont notées. La salle commune est peu éclairée, il n'y a pas d'accès à une cour attenante à la ressource, les réservoirs d'eau chaude ne sont pas suffisants pour fournir l'eau chaude pour le nombre d'usagers de la ressource et le réseau WIFI est peu performant.

L'équipe est encouragée à assurer que les problématiques relatives à l'eau et au réseau WiFi sont résolues rapidement et à voir si des installations plus adaptées pourraient être déposées en projet de construction d'une ressource adaptée pour la clientèle sur le territoire.

L'équipe est encouragée à assurer qu'une évaluation du risque suicidaire soit effectuée dès l'admission de nouveaux usagers.

Il a été observé qu'il n'y a pas d'harmonisation des processus dans les RAC entre les installations de Repentigny et de Joliette. La direction est encouragée à veiller à l'harmonisation des processus dans les RAC du CISSS.

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.