



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches**

Sainte-Marie, QC

**Séquence 4**

Dates de la visite d'agrément : 11 au 16 juin 2023

Date de production du rapport : 8 août 2023

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (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 juin 2023. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	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
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>15</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>17</b>
Résultats pour les manuels d'évaluation	18
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	18
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	20
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	23
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	25
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	28
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>32</b>

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (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 : 11 au 16 juin 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'activités de jour en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Romuald
2. Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Claire et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Sainte-Claire
3. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme André-Wingen et Santé au travail de Montmagny
4. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Laurier-Station
5. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Sainte-Marie
6. Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) de Charny
7. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Beauceville (CLSC, CHSLD, CRDP, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie)
8. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance)
9. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Georges (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Georges, CLSC, DPJ, Jeunesse, Santé au travail)
10. Centre multiservices de santé et de services sociaux Donat-Grenier (CRDP, Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation)

11. CLSC et CHSLD de Sainte-Marie
12. RAC 127e Rue (DI)
13. RAC jumelée de Saint-Georges (DI)
14. RAC jumelée de Saint-Romuald (DI)
15. Siège Social du CISSS Chaudière-Appalaches
16. Site hébergement transitoire St-Damien









- **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.)	36	1	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	86	17	17	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	143	5	9	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	27	0	0	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	103	4	5	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>465</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)</b>									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	1	85 (97,7%)	2 (2,3%)	1
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	20 (95,2%)	1 (4,8%)	9	40 (95,2%)	2 (4,8%)	6	60 (95,2%)	3 (4,8%)	15
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	43 (95,6%)	2 (4,4%)	1	72 (96,0%)	3 (4,0%)	1



Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	27 (90,0%)	3 (10,0%)	5	53 (96,4%)	2 (3,6%)	4	80 (94,1%)	5 (5,9%)	9
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	29 (90,6%)	3 (9,4%)	5	58 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (96,7%)	3 (3,3%)	5
<b>Total</b>	143 (93,5%)	10 (6,5%)	19	241 (97,6%)	6 (2,4%)	12	384 (96,0%)	16 (4,0%)	31
<b>Total</b>	143 (93,5%)	10 (6,5%)	19	241 (97,6%)	6 (2,4%)	12	384 (96,0%)	16 (4,0%)	31

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	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	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Non Conforme	4 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	4 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Non Conforme	3 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	4 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
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))	Conforme	6 sur 6

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Au cours des visites dans les diverses installations de la direction des programmes en déficiences, autisme et réadaptation (DPDAR), les visiteurs ont pu apprécier les soins et les services offerts à la population de Chaudière-Appalaches bénéficiant de soutien professionnel dans ces secteurs.

Les visiteurs ont rencontré des équipes interdisciplinaires engagées et dévouées envers leur clientèle âgée de 0 à 100 ans, présentant parfois de grandes vulnérabilités.

La culture d'amélioration de la qualité est présente, elle constitue la force motrice à tous les paliers de la direction, ce qui est remarquable. Également, la gestion des risques est intégrée aux activités de la direction dans tous ses secteurs. Les membres de l'équipe témoignent de leur rigueur quant à la culture juste lors de la déclaration d'événements.

En ce qui a trait à la déficience physique, à la déficience intellectuelle et au trouble du spectre de l'autisme pour les usagers jeunes et adultes (DI TSA), il convient de souligner une trajectoire de soins et de services répondant aux besoins des usagers qui reçoivent des soins et des services dans la communauté.

Les résidences à assistance continue (RAC) visitées accueillent des usagers présentant une déficience intellectuelle avec, dans certains cas, une problématique de trouble grave de comportement. L'équipe, tous titres d'emploi confondus, déploie une approche adaptée et spécialisée en fonction du besoin de l'utilisateur. L'offre de soins est coordonnée efficacement et est soutenue par deux infirmières ainsi que par une équipe interdisciplinaire composée de professionnels clés permettant la réadaptation des usagers.

Dès que la référence est émise par le guichet d'accès AEO (analyse, évaluation et orientation), l'équipe interdisciplinaire se mobilise pour organiser les soins et les services en fonction des besoins exprimés.

Les fonctions assumées par les coordonnatrices cliniques et les spécialistes en activités cliniques (SAC) permettent de rassembler le personnel afin d'élaborer un plan interdisciplinaire pour les jeunes en présence de l'utilisateur et les parents.

Il convient de souligner que chaque nouvel usager reçoit généralement un cahier ou une pochette d'accueil. L'utilisateur est informé sur ses droits et ses responsabilités, le processus de plaintes, les différents services offerts et d'autres informations pertinentes sur le fonctionnement du programme. L'autorisation aux consentements aux services est obtenue au début des services. Un formulaire sur l'administration sécuritaire des médicaments est aussi présenté lorsque pertinent.



Le personnel est encouragé à poursuivre des activités de reconnaissance entre les collègues, comité et activités sociales et bienveillance entre eux.

Si certains soins et services spécifiques sont requis, ils sont assurés par l'équipe du soutien à domicile de la Direction SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) dans le cadre d'une collaboration interdirections en complément de l'offre de services spécifiques de la direction.

Plusieurs partenaires qui offrent des services de jour du lundi au vendredi ainsi que des services de répit (fin de semaine et durant la semaine en été) contribuent à la mise en place des services de réadaptation pour la clientèle.

La gestion à proximité permet d'aborder les problématiques vécues sur le terrain et les employés se sentent encouragés pour donner le meilleur d'eux-mêmes. Certaines équipes stables et expérimentées fournissent des services de qualité avec passion et agilité.

Au niveau des dossiers, une attention particulière devrait être portée sur les « dossiers parallèles » non intégrés dans un dossier unique. Cela complexifie la juste connaissance de l'histoire complète de l'utilisateur et son évolution tout au long de son épisode de service.

Autant pour la clientèle admise qu'inscrite, des équipes interdisciplinaires bien structurées témoignant d'un solide travail de collaboration sont observées. La diversité des compétences permet de répondre ou de soutenir les usagers dans leur niveau d'autonomie fonctionnelle. Les facteurs de risques font partie de leur pratique.

Des outils cliniques sont élaborés et sont mis en application lors de la collecte de données. Les plans d'interventions permettent l'élaboration et la réalisation des objectifs établis avec les usagers et leurs proches. Le suivi est fait et l'ajustement des actions est effectué selon l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.1</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.2.1</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.2.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.53</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.30</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.31</li> </ul>
<p><b>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile</b> Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.52</li> <li>· Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

## Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.5.19 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

La Direction des programmes en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) est maintenant la Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR). La Direction a procédé à cette nouvelle appellation en concordance avec une vision renouvelée de l'offre de service.

Une nouvelle répartition des équipes est en cours d'actualisation; l'organisation en continuum de services au bénéfice des usagers et des familles est au cœur du changement géré avec respect par les équipes. Il convient de souligner les objectifs poursuivis de fluidité et de continuité des services.

Il faut féliciter la direction puisque le changement amorcé a fait l'objet préalablement de consultations auprès d'usagers et de familles sur la satisfaction de l'offre de services. La poursuite du projet de transformation, soit la conception des travaux, se fait aussi avec l'apport des familles et des usagers.

Les multiples partenariats établis au fil des années sont tenus en compte dans l'offre de services et témoignent d'une collaboration bien établie.

Bien que la direction soit consciente de l'enjeu pour les services; la présence de plusieurs systèmes informatiques comporte aussi des défis pour la mesure des résultats. La direction est encouragée à poursuivre les efforts amorcés.

Le mode d'intervention en interdisciplinarité dans les services est à souligner tout comme les mesures en place pour atténuer les risques comme la garde EMI (équipe mobile intervention).




Le soutien administratif et clinique de proximité offerts aux équipes ainsi que l'accès à des formations, des lignes directrices et des communautés de travail sont des forces de la direction favorisant la compétence des équipes.



La direction est encouragée à poursuivre les appréciations au rendement du personnel.

La direction est invitée à persévérer dans l'identification d'indicateurs afin d'analyser régulièrement l'efficacité des activités d'amélioration en cours.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)</b>	
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.	
2.1.27 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.	
2.1.50 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.	
2.1.52 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile. 2.1.52.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services. 2.1.52.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'utilisateur et des mesures d'urgence.	

2.1.52.3	L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.	
2.1.52.4	L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.	
2.1.52.5	Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.	
2.1.53	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	
2.1.53.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
2.1.53.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
2.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
2.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
2.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	



**Commentaires des visiteurs****Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)**

Lors de cette visite, des observations ont été notées pour les installations suivantes :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme (CRDI-TSA) André-Wingen de Montmagny
- Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) de Charny
- Centre multiservices Donat-Grenier
- Centre local de services sociaux et Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CLSC et CHSLD) de Sainte-Marie.

Les usagers qui y reçoivent des services soulignent tous la qualité du soutien reçu en réponse à leurs besoins de même que l'approche humaine de leurs intervenants et du personnel. Les interventions réalisées font l'objet d'une entente avec l'utilisateur dans le cadre de son plan d'intervention qui est révisé régulièrement.

Les équipes travaillent en collaboration interdisciplinaire au bénéfice des usagers. Plusieurs mécanismes de communication sont en place et favorisent les échanges cliniques. Les coordonnatrices cliniques jouent un rôle central pour soutenir les équipes et faciliter l'accès aux différents services.

Lors des transitions, plusieurs processus et formalités existent. L'établissement est invité à s'assurer de l'efficacité des mécanismes et communications en place lors des transferts et références aux différents points de transition.



Plusieurs interventions ont lieu au domicile des usagers. Dans ce contexte, l'établissement a mis en place une grille de repérage des différents risques à domicile. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation de cette grille dans les pratiques.

L'hygiène des mains est une pratique bien établie qui a grandement été mise de l'avant pendant la période récente de pandémie. Il s'agit d'un élément clé pour mettre un frein à la propagation des virus. Afin de maintenir un haut niveau de qualité de cette pratique, l'établissement est invité à actualiser des audits sur l'hygiène des mains.

En ce qui concerne la prévention, des personnes ciblées dans chaque équipe ont été formées pour pouvoir intervenir auprès des usagers en lien avec les risques de suicide. Lorsque des besoins sont identifiés, les intervenants agissent rapidement pour apporter l'aide et le soutien requis. Cependant, l'établissement est encouragé à mettre en place des mécanismes d'évaluation systématique du risque suicidaire afin de renforcer les actions de prévention dans ce domaine.

Pour conclure, il convient de souligner la qualité de plusieurs lieux dédiés à la clientèle qui sont conçus et aménagés pour être adaptés à leurs besoins.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)</b>	
3.1.50 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<p>3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.51.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>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).</p>	
3.1.52 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	

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

Lors de cette visite, les observations ont été notées dans les deux unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de l'établissement soit: au Centre multiservices de santé et services sociaux de Beauceville et au Centre de réadaptation en déficience physique de Charny.

Les équipes rencontrées sont mobilisées et très investies auprès de leur clientèle. Le personnel démontre une approche bienveillante et chaleureuse, fort appréciée de leurs usagers. Ces derniers mentionnent se sentir bien impliqués dans les décisions qui les concernent et bien informés de leur condition et de leurs progrès. Une grande place est aussi laissée à leur entourage dans le respect de leur souhait. Des plans d'intervention sont réalisés pour tous les usagers et révisés régulièrement. La collaboration interdisciplinaire est omniprésente incluant les soins, la réadaptation et le volet médical qui est très bien intégré à l'équipe. Les usagers disent se sentir bien entourés pour avancer dans leur projet de réadaptation.




Aux points de transition, plusieurs outils standardisés sont en place pour la transmission des informations. Toutefois, l'établissement est encouragé à valider l'aide-mémoire à utiliser lors des départs. Aussi, bien que certaines actions aient été amorcées, l'établissement est encouragé à consolider un mécanisme d'évaluation de l'efficacité des transitions (incluant les communications) et de suivi des résultats.

Il faut noter qu'un processus serré de gestion des lits et des durées de séjour a été établi entre les directions pour soutenir l'optimisation de la fluidité hospitalière. Le tableau mis en place permet de suivre, en temps réel, les données entourant l'occupation des lits. Ceci permet une collaboration rapide entre les directions pour tenter de traiter les enjeux et pour mieux anticiper et préparer les mouvements dans le cheminement du client à travers les services.

Par ailleurs, il a été observé que certaines pratiques de nettoyage des équipements souillés n'étaient pas encadrées par des balises procédurales claires. L'établissement est encouragé à clarifier les consignes auprès du personnel concerné.

Aussi, l'élimination d'objets pointus ou tranchants s'effectue adéquatement, mais il n'y a pas de politique qui donne les orientations et encadre les pratiques. L'établissement est encouragé à se doter d'une politique concernant le processus d'élimination des objets pointus ou tranchants.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)</b>	
<p>4.1.7 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>4.1.30 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>4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</p> <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.</p> <p>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.</p>	

4.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
4.3.1	L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
4.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
4.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
4.3.11	Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>		
<b>Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)</b>		

Les équipes des secteurs jeunesse et adultes travaillant auprès de la clientèle en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) démontrent un haut niveau d'engagement et de bienveillance envers les usagers et les familles et témoignent d'un grand respect de leurs droits.

L'agilité professionnelle ainsi que l'interdisciplinarité sont appréciables et doivent être soulignées, tout comme la gestion de proximité, tant administrative que clinique, des équipes.

Dans le contexte du projet de transformation de la direction au bénéfice des usagers et familles; il est constaté que la communication constructive et continue est présente et appréciée des équipes, favorisant ainsi la gestion du changement souhaité.

Les plans d'intervention liés aux projets de vie des usagers sont de qualité et incluent des objectifs bien définis (SMART). Les usagers et les familles bénéficient en continu des interventions effectuées avec un langage accessible.

Les professionnelles sont dotées d'outils cliniques favorisant la prise de décision éclairée et facilitant la transmission des informations au point de transition tel que l'outil SPER (Situation, passé, évaluation et recommandations).

La gestion de la médication est à consolider dans certains milieux offrant des activités de jour. De plus, il est suggéré à la direction de mettre en place des critères sur l'auto-administration de la médication pour les usagers.






La direction est invitée à se doter d'une procédure afin de cerner les risques de suicide des usagers en tenant compte des réalités de ceux-ci. De plus, elle est encouragée à se doter d'un audit pour l'hygiène des mains afin d'en assurer le suivi des résultats, notamment lors des visites à domicile.

La direction est félicitée pour la qualité des différents milieux tels que les centres d'activités de jour et les plateaux de travail, favorisant la réponse à différents besoins des usagers en partenariat avec le milieu scolaire, des entreprises, des organismes communautaires qui apprécient les collaborations établies.

Les visiteurs souhaitent que les efforts déjà amorcés se poursuivent afin d'établir des liens avec les autres directions, telles que la santé mentale, au profit des usagers et des familles.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)</b>	
5.1.28 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'usager et la famille.	
<p>5.1.30 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>5.1.30.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>5.1.30.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.</p> <p>5.1.30.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>5.1.30.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usager ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	
<p>5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p>	
5.1.54 Un processus est en place pour traiter les complications et les urgences médicales.	
5.1.66 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

- 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 :
- 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).

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



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

5.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

5.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

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





## Commentaires des visiteurs

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

Les services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, propre aux usagers admis, ont été visités dans les emplacements des ressources d'assistance continue ainsi que dans une unité d'hébergement transitoire.

Toutes les membres des équipes rencontrées ont manifesté un engagement et un professionnalisme des plus marqués. Ils ont à cœur les soins et les services de réadaptation et témoignent de l'intérêt supérieur de l'utilisateur, au centre des interventions de réadaptation.

Les usagers, à divers degrés, présentent un degré variable de vulnérabilité. Les approches auprès d'eux, dans un contexte de désorganisation, sont sécuritaires et respectueuses de la dignité des personnes.

La direction est encouragée à prendre en compte certains points d'amélioration qui suivront.

Concernant la surveillance sécuritaire des usagers, la direction a mis en place des stratégies favorisant l'intégration d'agents d'intervention adéquatement formés. Toutefois, des agents de sécurité, provenant d'agences privées, méritent d'être adéquatement formés pour des interventions sécuritaires, s'ils sont maintenus dans l'offre des services. À défaut d'être formés adéquatement, ils ne devraient pas être autorisés à intervenir et à pratiquer au sein de la ressource à assistance continue (RAC). Sans formation certifiée, la sécurité des usagers et des autres intervenants pourrait être compromise.

Dans certains milieux, une « suroccupation » par des usagers surnuméraires est observée. Bien que le contexte des enjeux de fluidité puisse expliquer ce fait, la durée devrait être limitée, car les lieux amputés ou réquisitionnés privent les autres usagers d'un espace vital pour tout l'épisode de réadaptation.

La présence de deux infirmières dans l'offre de service est essentielle, mais considérant toutes leurs responsabilités, il est suggéré de rehausser leurs effectifs afin qu'elles puissent accroître leurs capacités à coordonner les soins et à respecter leur norme de pratique professionnelle.

Il est observé que plusieurs usagers n'ont pas accès à un médecin de famille. Cette situation présente un risque pour l'utilisateur et complexifie les suivis cliniques, incluant l'ajustement de la médication. La direction est invitée à explorer l'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui pourrait travailler en collaboration avec un médecin de famille et assurer les soins courants nécessaires.

Les usagers consomment une importante quantité de médicaments et il y a lieu de s'interroger quant à la pertinence d'autant de produits pharmacologiques dont certains sont à dosage très élevé et peuvent affecter la capacité d'être en état d'assumer une réadaptation active.

Les psychiatres sont régulièrement interpellés pour l'ajustement de la médication sans pour autant voir et évaluer l'utilisateur. Il est suggéré à la direction d'impliquer ses pharmaciens du département de pharmacie du CISSS de Chaudière-Appalaches afin d'évaluer la possibilité de « déprescrire » certaines des molécules « psychotropes » et possiblement d'autres médicaments. Bien que les produits soient servis par les pharmaciens exerçant dans les milieux communautaires, il apparaît évident que la médication n'est pas systématiquement remise en question.

Une attention particulière est soulignée afin de favoriser un environnement sécuritaire quant à la prévention et au contrôle des infections. Il a été observé que des sacs contenant de la literie souillée étaient mis dans un congélateur, comme prévu par la procédure, mais que lesdits congélateurs se retrouvent dans des environnements propres servant à l'inventaire des produits d'aliments comestibles. Cette situation compromet la sécurité alimentaire, car un haut risque de contamination croisée est présent. La direction est encouragée à auditer cette situation avec les équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) et à reloger ailleurs les congélateurs.

En terminant, les enjeux de fluidité sont présents, de très longs séjours sont parfois observés par manque de ressources. La direction est mobilisée pour atténuer les impacts indésirables d'une telle situation. L'arrivée d'autres ressources d'hébergement en ressources intermédiaires (RI) permettra l'amélioration de la situation.

D'emblée, les équipes sont félicitées pour leur travail.

---

## 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.