



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Montréal, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 23 au 28 avril 2023

Date de production du rapport : 9 juin 2023

Au sujet du rapport

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

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

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
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)	22
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	25
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	29
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	32
Annexe A - Programme Qmentum	35

Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (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 : 23 au 28 avril 2023**

- **Emplacements**

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

1. Atelier de travail Champ d'Eau-B, suite 209-210
2. Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme 17^e Avenue
3. Centre d'intervention communautaire (Jeanne d'Arc)
4. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Dandurand
5. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Notre-Dame
6. Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau-Fullum
7. Centre de réadaptation en déficience physique Lucie-Bruneau-Laurier
8. Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar-Laurier
9. Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar-Radisson
10. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
11. CLSC de Ville-Émard Côte-Saint-Paul
12. CLSC et centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme Saint-Louis-du-Parc

13. CRDI TED Point de service Gouin
14. Hôpital et CRDP IRGLM-Charles W. Lindsay
15. Hôpital et CRDP IRGLM-Gustave-Gingras
16. RAC Beaurivage
17. RAC Delorimier
18. RAC des Roses
19. RAC Liège
20. RAC Nicolas-Moisan
21. RAC Saint-Urbain
22. RAC Transit
23. RRIIF Décarie Enfants

- **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.)	37	0	0	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	91	9	20	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	9	0	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	136	6	15	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.)	102	5	5	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	404	20	41	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	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	19 (90,5%)	2 (9,5%)	9	33 (97,1%)	1 (2,9%)	14	52 (94,5%)	3 (5,5%)	23
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	43 (93,5%)	3 (6,5%)	0	71 (93,4%)	5 (6,6%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	31 (100,0%)	0 (0,0%)	4	58 (98,3%)	1 (1,7%)	0	89 (98,9%)	1 (1,1%)	4
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	29 (100,0%)	0 (0,0%)	8	51 (98,1%)	1 (1,9%)	6	80 (98,8%)	1 (1,2%)	14
Total	147 (97,4%)	4 (2,6%)	21	232 (97,1%)	7 (2,9%)	20	379 (97,2%)	11 (2,8%)	41
Total	147 (97,4%)	4 (2,6%)	21	232 (97,1%)	7 (2,9%)	20	379 (97,2%)	11 (2,8%)	41

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	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))	Non Conforme	2 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3

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

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

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

La présente visite d'agrément du 23 au 28 avril 2023 au Centre intégré universitaire et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal concerne la séquence 4, du premier cycle de 5 ans, du programme d'agrément Qmentum adapté aux établissements publics du Québec. La séquence 4 vise les activités de la Direction Déficience intellectuelle, Trouble du Spectre de l'Autisme, Déficience physique (DI-TSA-DP).

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) offre des soins et services à une population urbaine présentant des enjeux démographiques, de pauvreté et d'itinérance rattachées à ce secteur. Les soins et services sont dispensés notamment dans les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement, les centres de réadaptation et les centres jeunesse.

Le territoire du CCSMTL couvre une superficie de 46 km², pour une population d'environ 330 000 personnes. Le budget alloué est de 2,3 milliards. L'établissement est né de la fusion de 10 établissements du territoire. Les équipes sont en contact au quotidien avec ces clientèles marginalisées qui, dans certains cas, refusent de recevoir des soins et des services. Le CCSMTL détient plusieurs désignations universitaires particulièrement avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Plus de 7 000 stagiaires gravitent dans 89 disciplines différentes. L'établissement est aussi associé aux centres de recherches de l'Institut de gériatrie de Montréal et de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal. Plusieurs projets de recherche sont en cours afin de travailler avec les meilleures données probantes.

L'établissement assume des services régionaux tels que la Direction régionale de la santé publique de Montréal et la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal. Plusieurs services d'intégration au travail et à la communauté sont présents sur le territoire du CCSMTL tels que des stages en entreprise, les plateaux de travail, les ateliers de travail et les centres d'activités de jour.

La mission du CCSMTL est de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire. La vision du CCSMTL est d'offrir des soins de santé et des services sociaux accessibles, efficaces et humains, qui s'adaptent aux besoins de la population. Cet établissement est mû par des valeurs organisationnelles qui animent la philosophie de gestion et guident les actions prises au quotidien, soit le respect, l'engagement (desir de se dépasser), la passion, la collaboration.

Vingt-deux mille hommes et femmes et huit cent soixante-cinq médecins œuvrant directement ou indirectement au service de la clientèle. Le CCSMTL a connu un essor depuis sa création, notamment avec l'intégration de l'Hôpital Notre-Dame en 2017 et le développement de plusieurs programmes en santé et en services sociaux dans une perspective d'accessibilité et de qualité des services à la population.

De nombreux services régionaux et suprarégionaux sont offerts dans diverses installations internes et externes. Plusieurs milieux d'hébergement sont disponibles pour la clientèle du programme de DI-TSA-DP. Parmi les programmes, il convient de noter « Agir tôt » pour les jeunes de 0-6 ans. La philosophie de la direction est d'offrir des services de proximité et des services spécialisés. Les services centrés sur les personnes sont axés sur le projet de vie de l'utilisateur, la satisfaction de la clientèle et le développement des services avec l'apport des usagers. L'établissement a un mandat régional pour les services d'intégration au travail et à la communauté pour la clientèle DI-TSA. Pour sa part, les services de déficience physique représentent un jalon important pour cet établissement. Le partenariat avec l'Institut universitaire de réadaptation de Montréal pour les déficiences physiques et motrices mérite d'être souligné.

Certains services sont offerts dans de petits milieux, par exemple les Ressources à assistance continue (RAC). Il serait pertinent d'apporter une considération particulière aux lieux physiques. Certains travaux d'aménagement devraient être priorités pour assurer la sécurité des usagers et du personnel. La satisfaction de la clientèle et des proches est à souligner, ce qui se reflète dans les différents sondages.

Les équipes de soins sont composées de personnes empathiques, engagées, professionnelles et dévouées à la clientèle. Il a été possible de constater de petits gestes empreints de bienveillance. Dans certains secteurs, le taux de roulement du personnel est important, ce qui se traduit par la présence importante de main-d'œuvre indépendante. Des efforts de recrutement et des moyens sont en place pour fidéliser le personnel dont un programme complet d'accueil et d'intégration, des activités de reconnaissance de la contribution du personnel. La gestion de proximité et l'ajout de conseillers cadres à l'encadrement professionnel sont des actions qui ont pour but d'améliorer la qualité des soins et des services. Le processus d'évaluation au rendement en cours se poursuit selon un calendrier d'application.

L'équipe s'assure de dispenser des soins de qualité basés sur les meilleures pratiques. Des activités de formation sont proposées aux intervenants sur la plateforme ENA (environnement numérique d'apprentissage) ou en présentiel selon les besoins de formation exprimés ou recommandés. Des registres de formation sont disponibles pour consultation. Des activités de recherche sont présentes particulièrement pour la clientèle du programme de déficience physique.

La culture de déclaration des incidents-accidents est bien implantée au sein de la direction. Lors d'événements indésirables, un mécanisme est instauré pour utiliser cet événement dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

L'approche de partenariat avec les usagers et les proches ou le représentant légal est présente. Différents moyens sont en place pour obtenir leur opinion dans le contexte de soins. Des projets innovants sont implantés, sont mis en place ou sont en cours de réalisation, dont le projet Intégratik, les services intégrés 0-6 ans et le congé précoce pour les clientèles AVC (accident vasculaire cérébral) et TCC (traumatisme craniocérébral). Ces différents projets visent à répondre aux besoins de la clientèle, à améliorer la fluidité hospitalière et à augmenter le temps clinique auprès des usagers.

La trajectoire est bien décrite dès la réception de la demande selon le type de services requis. La priorité de la direction est de répondre rapidement aux demandes et de s'assurer que l'utilisateur reçoit les services au bon moment et surtout au bon endroit. Des mécanismes sont en place pour améliorer le cheminement de la clientèle. L'accueil, l'évaluation et l'orientation mobile « AEO » est un service de proximité et d'intervention de crise en DI-TSA mis en place pendant la pandémie. Il permet une intervention rapide et précoce auprès de clientèles vulnérables. L'équipe d'éducateurs spécialisés intervient précocement lors de situations pour guider les proches et effectuer des interventions ponctuelles. Un suivi est fait avec les travailleurs sociaux du CIUSSSCE pour des besoins à long terme. Les programmes cliniques spécialisés, les ressources d'hébergement ou les programmes spécialisés ou surspécialisés, particulièrement pour le secteur de déficience physique, sont des services disponibles pour la clientèle. Les délais d'accès aux services en DI-TSA sont scrutés et suivis afin de respecter les cibles ministérielles.

L'approche interdisciplinaire est bien implantée au sein de la direction DI-TSA-DP. Des rencontres interdisciplinaires sont planifiées. Des plans d'intervention interdisciplinaires sont élaborés et suivis par les équipes de soins. Le soutien d'équipes spécialisées est très précieux, particulièrement pour les troubles de comportement sévères.

La majorité des pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes en tout ou en partie. L'évaluation de l'efficacité aux points de transition est l'enjeu majeur. Plusieurs audits sont faits pour s'assurer de l'efficacité des communications à l'interne. Il est suggéré de faire cette démarche de sondages pour les centres receveurs afin d'améliorer les mécanismes de communication. Il est suggéré qu'une attention soit portée au dépistage du risque suicidaire, particulièrement pour la clientèle en déficience physique. Les visiteurs tiennent à préciser que les équipes ont, pour la plupart, un souci de respecter les pratiques en regard de la sécurité des résidents et des usagers. Le partenariat est bien établi et solide. Des ententes de partenariat communautaires mériteraient d'être pérennisées et formalisées.

Les ressources à assistance continue desservent une clientèle vulnérable souffrant de déficience intellectuelle, de troubles du spectre de l'autisme et de problèmes graves de comportement. Les usagers sont référés par le guichet d'accès (AEO) qui oriente la demande vers le groupe de jumelage pairage. La cohésion des équipes

interdisciplinaires passionnées est remarquable. Le plan interdisciplinaire se fait en partenariat avec l'utilisateur ou son représentant légal. Chaque plan est adapté afin de répondre aux besoins de la clientèle. L'équipe est encouragée à poursuivre le processus de déploiement des pratiques organisationnelles requises telles que la prévention du risque suicidaire et le bilan comparatif des médicaments.

Les équipes du programme en déficience physique pour les usagers inscrits de ce secteur sont très spécialisées et expertes dans leur domaine. Elles ont une reconnaissance régionale de la part des autres établissements et sont sollicitées pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle spécifique. Le partenariat avec l'utilisateur est bien développé pour planifier et réviser son plan d'action thérapeutique. Un travail de collaboration existe entre les professionnels, et ce, dans l'intérêt de l'utilisateur. La gestion des aides techniques par le Centre de réadaptation en déficience physique Lucie Bruneau est un élément important du travail de ces professionnels. Cependant, une liste d'attente importante est présente pour répondre aux besoins de la clientèle qui nécessite des aides au positionnement.

Les équipes du programme de déficience physique pour les usagers admis sont expérimentées et peuvent compter sur une stabilité des effectifs. La coordination interdisciplinaire est remarquable pour favoriser l'autonomie de l'utilisateur en fonction de ses limitations fonctionnelles. Des plans d'intervention interdisciplinaires sont en place. Les équipes sont très créatives pour trouver des solutions techniques, informationnelles ou autres qui permettront aux usagers une certaine liberté. L'évaluation du risque suicidaire est à prendre en considération étant donné que la clientèle vit des « deuils » à différents degrés. Certains éléments méritent des améliorations, notamment le temps d'attente pour avoir un fauteuil adapté à la condition de l'utilisateur. Plusieurs embûches liées à la facturation retardent le traitement des demandes d'aides techniques qui sont essentielles pour la clientèle.

Les équipes du programme de DI-TSA pour les usagers inscrits ont pour objectif de prendre soin des usagers et de les faire évoluer petit pas par petit pas dans le but ultime de les rendre autonomes. Le personnel est conscient des limites des usagers. Différents projets de recherche sont en cours afin de trouver des interventions innovantes pour favoriser le bien-être de la clientèle.

Les visiteurs tiennent à féliciter l'engagement du personnel pour offrir des soins humains à une clientèle vulnérable dans un contexte de pénurie de personnel.

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
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 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.1 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.2.1
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, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.44

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<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 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.53 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.43 · 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

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	
1.3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

Une équipe expérimentée et engagée, voilà ce qui retient l'attention au premier contact lors de la visite.

Les épisodes de soins ont été révisés au cours des dernières années et l'arrêt du suivi intensif sur une longue période ne signifie pas que l'utilisateur n'entre plus en contact avec l'équipe. Celle-ci exerce une surveillance et une vigie sur une période de 2 années et l'utilisateur a le loisir d'appeler et de demander du soutien durant cette période. Cette mesure a été mise de l'avant dans le but d'augmenter la pertinence et de soutenir un plus grand nombre d'utilisateurs.

Le projet de transformation majeure des programmes DI-TSA-DP a permis de repositionner les services et d'augmenter l'offre afin de répondre aux enjeux d'accessibilité, de cheminement des usagers, d'optimisation et de performance et enfin de qualité et de sécurité. Bravo à l'équipe qui est apparue solide et sûre d'elle pour la réalisation des résultats attendus. Le courage managérial caractérise cette équipe qui, bien que stable, a accueilli de nombreuses recrues au fil de la transformation.

La gamme des services offerts par les équipes du programme de DI-TSA-DP est variée et renferme un potentiel inimaginable de possibilités. Plusieurs projets coup de cœur ont été présentés aux visiteurs et ceux-ci invitent l'équipe à poursuivre la publication et la communication des réussites mises de l'avant. Elles peuvent certainement constituer un banc d'essai pour les autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux.

Les pratiques organisationnelles requises et les processus sont conformes et sécuritaires.

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)	
2.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.12 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>2.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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).</p>	POR
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.	
<p>2.1.53 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>2.1.53.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>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.</p>	POR
2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

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.
---------	---

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Les programmes de déficience physique dans différents centres ont été visités. Les centres visités ont une longue histoire et sont reconnus pour leur expertise en réadaptation à l'échelle provinciale et au-delà. Ils disposent des ressources nécessaires pour rendre les services. Le personnel est passionné par son travail, déterminé à offrir des services de qualité aux clients et fier de faire partie d'organisations aussi renommées. Le personnel nouvellement embauché qui a été rencontré s'est dit impressionné par l'approche holistique, interdisciplinaire et centrée sur l'utilisateur. Dans chacun des programmes, il a été constaté que les usagers sont de véritables partenaires dans leurs soins. Les dirigeants plaident en faveur des ressources nécessaires pour garantir que la prestation des services est conforme aux données les plus récentes. Chaque programme travaille en étroite collaboration avec ses partenaires, y compris les associations et les organismes, afin de s'assurer que les usagers ont accès en temps opportun à ce dont ils ont besoin. Tous les usagers et les familles rencontrés parlent en termes élogieux des programmes. Les audits sur l'hygiène des mains remontent à quelques années. Les équipes de tous les programmes visités sont encouragées à effectuer des audits plus fréquents, à partager les résultats avec leurs équipes et à mettre en œuvre des plans d'action pour améliorer la conformité, le cas échéant. Tous les programmes visités sont encouragés à poursuivre leurs initiatives d'amélioration de la qualité, à inclure le personnel et les usagers dès le début des projets et à évaluer l'efficacité des programmes en place. Le consentement aux soins n'est pas documenté de manière consistante dans les différents programmes, les équipes sont encouragées à le faire. Le risque de suicide n'est généralement pas évalué lors de l'admission dans les programmes ni à intervalles réguliers; les programmes sont encouragés à le faire. Le risque de suicide est toutefois évalué en cas de suspicion et, dans ce cas, des mesures appropriées sont mises en place.

Le Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar Radisson offre des services de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes avec une surdité profonde ou surdicécité. Le programme de surdicécité est un programme conjoint du CISSS de la Montérégie-Centre et du CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. C'est l'un des trois programmes au Québec qui s'adressent à cette clientèle. Une cabine d'audiologie permettant une localisation du son à 360 degrés est disponible sur le site; elle a été développée dans le cadre d'un projet de recherche avec le département d'ingénierie de l'Université de Montréal. Le centre offre une formation sur la «Langue des signes de Québec (LSQ)», incluant la LSQ tactile pour ceux avec surdicécité. Pendant la pandémie, une vidéo sur l'hygiène des mains utilisant la LSQ a été développée pour les personnes malentendantes.

Le Centre de réadaptation en déficience physique Raymond-Dewar Laurier offre des services spécialisés pour la clientèle de 0 à 25 ans présentant des problèmes de langage. Les orthophonistes travaillent avec les enfants jusqu'à l'entrée à l'école, puis ceux-ci sont suivis au besoin par les orthophonistes des écoles.

Les services de professionnels d'autres disciplines sont également offerts, si nécessaire.

À Raymond Dewar-Radisson et Laurier, le plan de soins individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur/la famille. Chaque plan et chaque révision est examiné par le coordonnateur clinique qui fournit une rétroaction au clinicien en ce qui concerne la qualité du plan. Cette pratique est appréciée par le personnel, car elle permet d'obtenir en temps opportun des informations sur les possibilités d'amélioration et de s'assurer que les plans sont révisés à temps.

Les programmes ambulatoires du Centre de réadaptation de Lucie Bruneau et des hôpitaux et centres de réadaptation en déficience physique IRGLM-Charles W. Lindsay et Gustave-Gingras ont été visités. Ces programmes s'adressent aux personnes souffrant de traumatismes crâniens, de lésions de la moelle épinière, d'amputations et de blessures orthopédiques graves. Le personnel du programme de réadaptation est composé de professionnels de la direction multidisciplinaires. Les clients sont de véritables partenaires dans les soins, comme en témoigne une réunion de l'équipe interdisciplinaire avec un client au cours de laquelle le plan de soins a été revu. Le concept de client partenaire a été mis en évidence lors de cette réunion. Outre les opportunités d'amélioration mentionnées précédemment pour tous les programmes, les programmes de l'IRGLM-Lindsay et de Gustave-Gingras sont encouragés à évaluer l'efficacité du système de communication en place aux points de transition des soins. Ainsi, nous invitons ces équipes à suivre le nombre et les raisons des visites à l'urgence de leur clientèle en dehors des heures normales de la semaine pour trouver des stratégies, si nécessaire, afin de réduire ces visites.

Le programme d'aides techniques est l'un des trois centres désignés par le MSSS pour l'île de Montréal pour servir les usagers ayant besoin d'un fauteuil roulant. Le programme d'aide technique comporte trois volets : la réparation, la valorisation et le positionnement. Le programme est incité à poursuivre ses efforts pour réduire la liste d'attente pour les aides techniques.

Les objectifs du programme «Retour au travail» sont le retour à l'emploi antérieur, la réorientation de l'utilisateur vers un nouveau type d'emploi compte tenu des limitations ou de la réintégration dans la société en assumant des rôles différents tels que le bénévolat. Les responsables indiquent qu'environ 75 % des usagers retournent au travail. L'équipe est encouragée à continuer d'évaluer l'efficacité des programmes en place.

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)	
3.1.8 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.	
3.1.10 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
3.1.11 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.12 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.43.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 3.1.43.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	POR
3.1.44 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 3.1.44.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	POR
3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR

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.

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



3.2.1.1 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).

3.2.1.2 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.

3.2.1.3 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 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

Les unités visitées incluent celles des traumatismes crâniens et des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

(1er étage) et l'unité des soins plus complexes aux paraplégiques et tétraplégiques (2e étage) au pavillon Gingras. Des usagers contents et satisfaits des soins et services reçus ont été rencontrés. Pour l'usager, le fait de se retrouver admis en réadaptation signifie bien souvent le début d'une étape avant le retour à la maison.

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes pour la majorité, à l'exception de l'évaluation systématique et documentée du risque suicidaire et le consentement libre et éclairé. Les équipes sont informées et déjà des discussions et des actions sont entreprises afin de corriger le tir. Il faut se rappeler que la gamme de professionnels en fonction dans ces installations (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, etc.) fait en sorte que le risque suicidaire est évalué au cours des entretiens. Toutefois, cette évaluation doit devenir un réflexe présent chez tous les professionnels, incluant le personnel infirmier.

L'auto-administration de la médication est une pratique encadrée et offerte aux usagers. L'équipe est encouragée à poursuivre dans cette orientation qui favorise l'autonomie et qui est appréciée de la clientèle.

Un guichet d'accès unique régional, qui permet un bon cheminement des usagers en réadaptation, est présent. Le personnel est dévoué et n'hésite pas à demander du soutien lorsque le besoin s'en fait sentir.

Étant donné le mandat régional de l'établissement, le roulement des équipes dans certains centres de réadaptation privés peut parfois être un frein et engendrer de l'attente. L'équipe est encouragée à identifier des stratégies gagnantes afin de maintenir les délais dans les limites admises. Le renforcement de la communication peut être un levier appréciable à cet égard.

L'équipe soutient et renforce la connaissance des critères d'accès pour les guichets AVC et neurologiques. L'équipe est encouragée à poursuivre les efforts de communication aux partenaires. Déjà des listes de requis (checklists) sont disponibles à ces derniers.

Aux pavillons Gingras et Lindsay, les usagers n'ont que de bons mots pour qualifier les équipes de soins et de services. Bravo à l'équipe, car elle maintient de hauts standards de performance et est reconnue pour son expertise et ses réalisations. Les usagers veulent aller dans ces établissements caractérisés par leur réputation d'excellence.

Des tableaux d'affichage permettent d'assurer la fluidité des lits d'hospitalisation au Pavillon Gingras. L'assistant compile également un tableau Excel qui lui permet de s'assurer que les lits sont pleinement

accessibles.

Quelques améliorations sont cependant notées; soit la signature du niveau de soins par l'utilisateur, la communication et la connaissance des activités et du type de soutien que peut offrir le comité d'éthique, la non-conformité de la POR sur l'hygiène des mains et l'évaluation du risque suicidaire.

Des Résidences à assistance continue (RAC) ont été visitées; ce sont de beaux modèles de transition pour les usagers ayant une déficience physique. Les RAC sont des installations du CIUSSS et elles sont bien soutenues en termes de gestion de proximité. Il est noté que la RAC Beaurivage mérite d'être améliorée au niveau de la propreté et de l'entretien. La chaleur des professionnels et l'ambiance réconfortante qui y émanent font oublier que les lieux manquent de beauté.

Dans les RAC, les processus sont sécuritaires et il n'y a pas d'enjeux de qualité. L'intervention des membres de l'équipe est professionnelle et il est remarquable de voir leur expertise et leur intérêt manifeste envers la clientèle avec trouble grave de comportement. Ils sont motivés et apprécient la clientèle qui se dit confortable dans l'environnement de la RAC.

Le consentement, la disparité des dossiers (antérieur, SIPAD/Système d'information pour les personnes ayant une déficience et autres), l'évaluation du risque suicidaire, et ce, en amont, demeurent des enjeux portés à l'attention des équipes.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	
4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
4.1.47 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux services qu'ils reçoivent.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	

Le programme s'intéresse aux personnes ayant des déficiences intellectuelles (DI) et des troubles du spectre de l'autisme (TSA) légers à sévères, avec des troubles graves du comportement. Plusieurs niveaux et structures sont en place afin de couvrir tous les groupes d'âge et de diagnostics. Un énorme travail a été entrepris en ce qui concerne la performance des équipes et les listes d'attentes correspondent maintenant aux cibles attendues. Le programme Agir tôt a été instauré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ce qui a amené une recrudescence des cas. Le programme UNISSON a été mis en place par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCMSTL) pour agir dès qu'il y a des soupçons de problèmes de DI ou de TSA. Une prise en charge s'effectue rapidement et les services s'organisent afin d'offrir du soutien aux familles. L'évaluation est faite en milieu hospitalier. Le plan d'intervention est instauré et réévalué tous les trois mois. De nombreux professionnels et partenaires agissent avec et autour de la famille pour la soutenir. Les professionnels développent de belles approches qui stimulent la participation et le développement de l'autonomie.

Le transfert d'informations aux points de transition est fait de façon adéquate, autant à l'intérieur du programme qu'avec l'extérieur. Plusieurs enjeux subsistent en ce qui concerne le transfert des usagers et de leurs informations entre les programmes, étant donné la multiplicité des systèmes d'information qui existent au sein du CIUSSS. Une fusion des différents systèmes est à mettre en place afin d'assurer la sécurité des usagers. Une attention est à apporter au dossier de l'utilisateur qui est soit papier ou soit informatique via le logiciel SIPAD. L'accès à l'information de l'ensemble du dossier revêt une importance majeure pour assurer la continuité et la sécurité des soins.

L'organisation du travail prévoit des responsables d'unités, des gestionnaires, des spécialistes en activités cliniques, des coordonnateurs professionnels et autres qui encadrent les équipes. De l'accompagnement est donné aux différents professionnels. Le partenariat est très présent et les équipes couvrent trois territoires du CCMSTL soient: Est de Montréal, Nord de l'île et le Centre-Sud. Plusieurs activités sont organisées pour assurer la continuité et la fluidité des services ainsi que la supervision professionnelle : supervision clinique, rencontres d'équipe, station visuelle opérationnelle, pour assurer la formation et l'information des équipes. L'évaluation de la contribution est en cours et la majorité des intervenants ont été rencontrés. Il existe une grande satisfaction des professionnels à travailler au sein de ces équipes, particulièrement auprès de cette clientèle. L'évolution des usagers est suivie et les usagers et leurs familles sont satisfaits des soins et services reçus.

La majorité des locaux sont agréables et fonctionnels. Ils ont été rénovés ou rafraîchis au cours des dernières années. Plusieurs équipes travaillent à domicile et dans le milieu de vie des usagers. Des initiatives ont été mises en place pour assurer la sécurité des intervenants et une poursuite de la modernisation des espaces ajoute au sentiment de sécurité et de bien-être. Les suggestions des membres du personnel et des familles sont prises en compte.

Dans les centres de jour, on retrouve des équipes professionnelles et motivées qui ont à cœur le bien-être de leurs clientèles et qui font des miracles. Chaque petit pas fait dans l'amélioration de la situation d'un usager est une grande victoire. La charge de cas est adaptée aux besoins et aux horaires des usagers. Une technicienne en réadaptation physique propose des activités physiques individuelles ou de groupe. L'accompagnement de l'usager par son intervenante lui permet de se prendre en main et le pousse à développer davantage son autonomie. L'équipe est encouragée à participer à des projets de recherche en DI-TSA.

Les ateliers sont destinés à des clientèles avec des troubles graves du comportement. L'équipe désignée est composée d'éducateurs spécialisés, d'agents d'intervention et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux. Chacun a son rôle et tous interviennent auprès des usagers. Des rencontres d'équipe et des discussions de cas cliniques ont lieu régulièrement. Les objectifs des équipes sont d'amener les usagers à diminuer leur agressivité, à développer leurs capacités et leur autonomie afin d'être en mesure d'intégrer des ateliers de travail. On retrouve une grande satisfaction des professionnels, des usagers et des familles.

Les partenaires se sentent privilégiés de travailler avec les intervenants en DI-TSA. La communication est présente et bidirectionnelle. Quelques enjeux sont soulevés en ce qui concerne les changements d'intervenants. Les partenaires souhaitent être considérés comme tels et demandent la signature d'ententes pour s'assurer que chacun puisse mieux soutenir les différents usagers des programmes.

Le Centre de réadaptation en DI et TSA Dandurand offre des services à la population des secteurs est,

nord et sud de Montréal. L'équipe décrit une clientèle de plus en plus complexe, avec des troubles graves de comportement, qui arrive à réadapter les usagers qui passent de l'atelier d'intégration au travail à un vrai emploi, concrétisant ainsi leur projet de vie. La RAC des Roses est dédiée aux femmes. L'équipe offre des services de réadaptation qui contribuent à améliorer la qualité de vie des usagères qui, pour certaines, arrivent à déménager vers un milieu de vie plus normal. Il serait pertinent de réactiver le projet de construction antérieur, afin d'offrir aux usagères un environnement favorisant davantage leur réhabilitation. La nouvelle infrastructure pourrait probablement contribuer à attirer une main-d'œuvre plus stable. Bien que les familles reconnaissent tous les efforts de l'équipe pour améliorer la qualité de vie de leurs proches, certains membres déplorent le haut taux de roulement du personnel et souhaitent que l'établissement se penche sur cette problématique.

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)	
5.1.22 Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.	
5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 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.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)	

Les résidences à assistance continue (RAC) accueillent des usagers présentant une déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme avec une problématique de troubles graves de comportement. La référence vers les RAC est effectuée par le guichet d'accès AEO (analyse, évaluation et orientation) qui évalue la demande et l'oriente vers le groupe de jumelage/pairage. Celui-ci établit la concordance et oriente l'utilisateur vers le milieu le mieux adapté à ses besoins en collaboration avec la famille. L'équipe élabore ensuite un plan interdisciplinaire en partenariat avec l'utilisateur, lorsque c'est possible, les parents ou le représentant légal.

Tout au cours des visites effectuées dans les Résidences à assistance continue (RAC) : Transit, Nicolas-Moisan, RRIIF Décarie Enfants, RAC des Roses, RAC Saint-Urbain, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme, les visiteurs ont eu l'opportunité de constater la cohésion d'une équipe passionnée qui travaille pour une clientèle particulière présentant des troubles graves de comportement avec dévouement et bienveillance.

L'Unité RRIIF Décarie Enfants accueille les jeunes ayant une déficience intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme avec troubles de comportement graves en rupture de fonctionnement. L'unité a été rénovée selon les normes du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). L'équipe est fière de faire remarquer les petits miracles accomplis jour après jour en réussissant à intégrer des usagers requérant l'encadrement, de deux ou trois intervenants, vers un milieu de vie normalisant. Ce succès digne de mention est observé dans les RAC visitées sous le leadership de jeunes gestionnaires passionnés.

L'accès aux services est une priorité organisationnelle. Le personnel d'encadrement développe constamment des stratégies pour améliorer le cheminement des usagers. L'AEO est aussi une unité terrain chargée d'intervenir en situation de crise. Lorsque les demandes sont considérées à priorité élevée, l'équipe met en place des moyens pour agir en quelques heures selon l'urgence afin d'éviter une hospitalisation pour des raisons sociales ou un niveau de soins alternatifs. Cette initiative évite ainsi l'engorgement du service des urgences ou l'occupation des lits dans les hôpitaux. Les interventions sont effectuées en collaboration avec les usagers, les proches, les milieux hospitaliers, les services des urgences, les centres jeunesse ou les organismes communautaires.

Il existe également une équipe de soutien en gestion de crise (ESGC) disponible sur le terrain ou par téléphone afin d'intervenir dans toutes les situations de crise éventuelles, incluant les post-événements critiques, l'intégration d'un usager dans un nouvel environnement et l'évaluation du risque suicidaire.

Un projet de 70 places a permis d'accélérer l'accès à l'hébergement pour les personnes en attente de priorité modérée, améliorant ainsi significativement le cheminement des usagers.

Les plans d'intervention élaborés en partenariat avec l'usager, selon sa condition, ou avec la famille ou le représentant légal, permettent d'établir des objectifs visant à aider les usagers à apprendre et à mettre en œuvre les habiletés qui l'aideront à atteindre leurs buts. Le suivi est effectué rigoureusement et l'ajustement des actions se fait selon l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de l'usager.

La culture d'amélioration de la qualité est présente partout dans la Direction et c'est ce qui explique le travail constant pour l'amélioration de la trajectoire des usagers, intégrant ainsi la valeur de l'engagement de se dépasser. L'équipe accorde une attention particulière à la gestion des risques et promeut la déclaration des événements indésirables selon une approche de culture juste.

Les visiteurs ont observé une gestion à proximité très appréciée par les équipes puisqu'elle permet au gestionnaire de mieux cerner la réalité du terrain pour apporter des solutions au moment opportun. Cette présence favorise également la mobilisation du personnel. En dépit du travail intensif, compte tenu du trouble grave de comportement des usagers, l'équipe se définit comme étant mobilisée, dynamique, enthousiaste et créative. Selon le personnel rencontré, les stations visuelles au sein des équipes favorisent une meilleure communication, créent une connexion entre les membres des équipes, leur permettent de suivre la même ligne directrice, avoir une vision commune des dossiers prioritaires et augmentent la mobilisation de l'équipe. Il est pertinent de noter que malgré la pénurie d'effectifs et un pourcentage de main-d'œuvre indépendante important (jusqu'à 60 %), certains gestionnaires ont su instaurer un mécanisme d'assignation stable. La présence d'employés du CIUSSS jumelés à la main-d'œuvre indépendante permet d'offrir des services appropriés pour poursuivre la réadaptation.

Unaniment, les équipes souhaitent la stabilité du personnel afin de maintenir la constance et la cohérence dans les interventions. D'où la nécessité de promouvoir des idées innovantes pour favoriser le recrutement du personnel du CIUSSS. Quant aux espaces physiques, à l'exception de l'unité récemment rénovée, Décarie Enfants, ils sont tous vétustes et exigus et peu adaptés aux conditions de plus en plus complexes des usagers. L'établissement pourrait peut-être considérer la possibilité d'une nouvelle

infrastructure pour mieux répondre aux besoins des usagers. En ce qui concerne les jeunes, il serait pertinent d'augmenter les places afin d'en réadapter davantage dans un milieu approprié.

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.