



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

Montréal, QC

**Séquence 4**

Dates de la visite d'agrément : 7 au 12 mai 2023

Date de production du rapport : 23 juin 2023

## Au sujet du rapport

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

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

## Confidentialité

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

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

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

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>Commentaires de l'organisme</b>	<b>11</b>
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>12</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>13</b>
Résultats pour les manuels d'évaluation	14
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	14
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	16
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	19
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>22</b>

## Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-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 : 7 au 12 mai 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. CLSC de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
2. CLSC de l'Est-de-Montréal
3. CLSC de Saint-Léonard
4. CLSC de Saint-Michel
5. CLSC Olivier-Guimond

- **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.)	17	3	0	20
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	33	5	27	65
 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.)	63	3	19	85
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	12	4	0	16
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	65	4	9	78
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	<b>276</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>Déficiences physique, déficiences 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	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	1	83 (95,4%)	4 (4,6%)	1
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficiences physique (usagers inscrits)	16 (100,0%)	0 (0,0%)	14	34 (89,5%)	4 (10,5%)	10	50 (92,6%)	4 (7,4%)	24
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	18 (90,0%)	2 (10,0%)	15	40 (87,0%)	6 (13,0%)	13	58 (87,9%)	8 (12,1%)	28
<b>Total</b>	<b>70 (92,1%)</b>	<b>6 (7,9%)</b>	<b>29</b>	<b>121 (92,4%)</b>	<b>10 (7,6%)</b>	<b>24</b>	<b>191 (92,3%)</b>	<b>16 (7,7%)</b>	<b>53</b>
<b>Total</b>	<b>70 (92,1%)</b>	<b>6 (7,9%)</b>	<b>29</b>	<b>121 (92,4%)</b>	<b>10 (7,6%)</b>	<b>24</b>	<b>191 (92,3%)</b>	<b>16 (7,7%)</b>	<b>53</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	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	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))	Non Conforme	3 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8

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

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Ce rapport fait état des observations des visiteurs dans le cadre de la visite de séquence 4 du programme Qmentum QuébecMC d'Agrément Canada. Cette quatrième séquence vise le programme-services Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).

Les équipes du programme DI-TSA-DP, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL), offrent des services de première ligne à toute personne qui présente un diagnostic de DI-TSA ou de DP. Elles travaillent en collaboration étroite avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CSMTL) pour l'accès aux services de 2e et 3e ligne.

Les demandes concernant la clientèle présentant une déficience physique (DP) motrice sont traitées au guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie (programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées/SAPA). Un guichet d'accès unique et centralisé est implanté pour la clientèle, de 0 à 100 ans, présentant une déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme ou une déficience physique (sensorielle). L'équipe de ce dernier groupe est formée de personnel provenant du CIUSSS-EMTL et du CIUSSSCSMTL. L'équipe est confrontée à un volume de demandes important par rapport à sa capacité de prise en charge.

Les services sont offerts aux usagers afin de :

- Favoriser leur intégration et leur participation sociale par une gamme de services visant à permettre à la personne de vivre dans la communauté et d'y exercer les rôles sociaux propres à son âge et à sa culture.
- Favoriser la réalisation de leurs habitudes de vie par une organisation des services liée aux activités qui leur permettent de développer leurs capacités physiques et mentales selon leurs pleines capacités d'autonomie sociale, tout en soutenant leur famille et leurs proches.
- Favoriser le maintien dans leur milieu de vie.
- Favoriser l'intégration socioprofessionnelle et communautaire.
- Assurer un soutien aux familles (SAF) afin de permettre du répit ou du dépannage.

Les modalités d'interventions se traduisent par des interventions professionnelles individuelles à domicile ou dans la communauté à une fréquence et une intensité établie. Des ressources alternatives en déficience physique

- Offrent un milieu de vie sécuritaire adapté aux besoins complexes des personnes adultes aptes.
- Offrent une alternative à l'hébergement.
- Maintiennent l'autonomie et la participation sociale des personnes ayant une DP.
- Assurent une vigie quant à la prestation sécuritaire et à la qualité des soins et services.

Considérant la vulnérabilité des usagers des programmes DP et DI-TSA, la gestion de la qualité et des risques est partie intégrante des interventions. Une évaluation des risques à domicile est systématiquement réalisée et les correctifs sont apportés. Le processus de gestion des risques est bien appliqué et la Direction de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique (DQEPE) est présente et en soutien aux équipes du programme DI-TSA et DP. Les déclarations sont accompagnées de mesures correctives s'il y a lieu et les recommandations sont mises en œuvre. Il est à noter que peu de déclarations d'incidents d'accidents sont dénombrées au programme, ce qui laisse entrevoir une possibilité de sous déclaration.

L'implantation de la gamme de services en DP et DI-TSA est un projet majeur d'amélioration de la qualité, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui facilitera l'accès aux services et renforcera les services spécifiques offerts aux usagers. Des transferts d'usagers et de ressources avec le CIUSSS CSMTL sont en cours pour les personnes DI-TSA de 25 ans et plus. Les ajustements toucheront à terme les clientèles DI-TSA et DP de tous âges. La fin du projet est prévue pour 2024-2025.

Un plan organisationnel contenant les projets de toutes les directions est suivi en salle de pilotage stratégique. Les salles de pilotages tactiques et opérationnelles sont implantées et fonctionnelles. Elles sont animées régulièrement et s'inscrivent dans le modèle de gestion du CIUSSS-EMTL. La mise en place d'un plan structuré et organisé regroupant uniquement les projets d'améliorations de la qualité de la direction DI-TSA-DP, incluant les objectifs, modalités, indicateurs, responsabilités et échéanciers en faciliterait l'appropriation par les gestionnaires et les équipes du programme.

Au niveau des pratiques organisationnelles requises (POR), l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins et une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.

La mise en place des guichets d'accès est une amélioration notable pour faciliter l'accès et l'orientation des

dossiers vers les équipes respectives.

Les arrimages requis pour une offre de service complète sont multiples :

- Arrimage avec le programme SAPA SAD pour les soins infirmiers et les soins d'assistance.
- Arrimage avec le CIUSSS CSMTL pour les services spécialisés, les services surspécialisés et l'hébergement.
- Arrimage entre les deux équipes, DP et DI-TSA.
- Arrimage avec les partenaires internes tels en santé mentale et en jeunesse.
- Arrimage avec les partenaires communautaires, etc.

Les trajectoires sont fluides lorsque peu d'arrimage est requis.

L'approche collaborative est bien développée et fait partie des valeurs de la direction. Cependant, cela engendre une lourdeur administrative et de multiples demandes de services et références. Considérant les listes d'attentes importantes pour plusieurs professionnels, il est difficile de développer des trajectoires fluides, sans obstacle et en continuité. Par ailleurs, l'entraide entre les membres des équipes DI-TSA et DP est exemplaire.

Les usagers et proches aidants font partie intégrante des services offerts. Ils sont au cœur de toute intervention. De plus, la présence d'utilisateur partenaire est développée pour contribuer à l'avancement de projets.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) pertinentes aux interventions à domicile sont connues et suivies.

## Commentaires de l'organisme

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

Du 7 au 12 mai 2023, les équipes du SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP et celles de l'hébergement en soins de longue durée ont accueilli les visiteurs d'Agrément Canada. Comme vous le savez, cette démarche rigoureuse sert à évaluer la qualité et la sécurité des services que nous offrons à la population. La séance de synthèse a mis en lumière les points positifs qui sont ressortis de ce bilan :

- La mobilisation de nos équipes afin d'offrir des soins et services de qualité;
- Le travail en multidisciplinarité et l'entraide parmi les équipes;
- Le souci constant des équipes pour la sécurité des usagers;
- L'innovation et la recherche de solutions;
- La culture d'amélioration de la qualité.

Ces résultats démontrent que nous avons à cœur la qualité des soins et la sécurité de nos usagers et de leur famille. Je souligne aussi notre partenariat avec nos usagers et leurs proches qui nous guide dans notre processus d'amélioration continue. Je remercie également l'équipe de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique ainsi que les équipes de soutien qui font toute la différence dans la réussite d'une telle initiative.

Jean-François Fortin Verreault  
Président-directeur général

## 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>	
<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.	<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 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.63</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	<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> </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>	
1.3.16 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'usager au sein des équipes et entre elles.	!
1.4.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.	!
1.5.11 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'usager et de l'organisme, s'il y a lieu.	!
1.5.20 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

Les programmes en DI-TSA et DP présentent une organisation complexe et, quoique présentant une structure minimale au sein de l'organigramme du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal, de multiples arrimages sont requis pour offrir des services de qualité. L'approche collaborative est bien développée et fait partie des valeurs de la direction. Les usagers et proches aidants font partie intégrante des services offerts. Ils sont au cœur de toute intervention. De plus, des usagers partenaires sont présents au sein de la direction et contribuent à l'amélioration des services. Un partenariat exemplaire est nommé et reconnu par les collaborateurs de tous les milieux. Avec cinq CIUSSS dans la région, de multiples comités, des suivis conjoints avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal pour les services spécialisés et surspécialisés, des contributions intra-CIUSSS (SAPA, Jeunesse, Santé mentale, etc.), des alliances intersectorielles notamment avec le milieu scolaire et les organismes communautaires (tels que La Collecte qui a été visitée), on ne peut que saluer ce succès. D'ailleurs, les personnes rencontrées ont partagé leur grande satisfaction de faire partie des équipes de la direction DI-TSA-DP.

Les défis de recrutement du personnel, des formations et orientations du nouveau personnel à répétition, la lourdeur administrative et bureaucratique générée par les multiples références sont autant d'embûches rencontrées qui impactent la charge de travail des intervenants. De nouveaux titres d'emplois, comme aide sociale et assistant en réadaptation, sont intégrés dans les équipes et permettent une meilleure distribution des tâches.

La mise en place du guichet d'accès unique et centralisé contribue à améliorer la fluidité des trajectoires. Cependant, le volume de demandes est important et ne cesse de croître. Les ressources étant limitées, les listes d'attente et les délais d'intervention dépassent largement les balises acceptables pour certains usagers. Actuellement, le programme DP offre des services aux personnes ayant une maladie chronique sans déficience physique; ceci contribue également à la hausse du volume. De plus, le développement et l'implantation de la gamme de services feront en sorte de transférer de nouveaux usagers à servir, ce qui constitue une bonne nouvelle en soi pour l'amélioration de l'offre de service de proximité, mais crée en même temps un défi d'obtenir les ressources supplémentaires en nombre suffisant. Ces deux éléments majeurs devraient faire partie de la réflexion afin de trouver des pistes de solutions.

La consultation des dossiers des usagers fut laborieuse, les nombreux accès requis pour y parvenir donnent une information parcellaire et en silo. Il devient impossible d'avoir une vision globale du dossier de l'utilisateur. Cette situation ne favorise pas une qualité de tenue de dossier. À cet égard, les dossiers des usagers ne sont pas toujours complets ou à jour.

La sécurité est au cœur des interventions. Une évaluation des risques à domicile est réalisée. Le processus de gestion des risques est bien appliqué et la DQEPE est présente et en soutien aux équipes du programme DI-TSA et DP. Les déclarations sont accompagnées de mesures correctives s'il y a lieu et les recommandations mise en œuvre. Les incidents liés à la sécurité sont déclarés, mais ne sont pas consignés au dossier de l'utilisateur de manière standardisée. Il est à noter que peu de déclarations d'incidents et d'accidents sont dénombrées au programme, ce qui laisse entrevoir une possibilité de sous-déclaration.

L'évaluation et le suivi des projets d'amélioration se réalisent par le biais des salles de pilotage stratégique, tactique et les salles visuelles opérationnelles. Elles sont animées régulièrement et s'inscrivent dans le modèle de gestion du CIUSSS. Cependant, le contenu des informations sur les projets se retrouve sur plusieurs plateformes et rend plus ardue une vision globale du plan d'amélioration de la qualité de la direction. Il pourrait être approprié de regrouper l'information sur les projets de la direction en incluant les objectifs, modalités, indicateurs de suivi et échéancier. Cette feuille synthèse faciliterait la communication aux gestionnaires, aux équipes et aux usagers partenaires.

## 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>	
2.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
2.1.18 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.	
2.1.49 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<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>2.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>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>	
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>2.1.53.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	

2.1.53.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.

### Commentaires des visiteurs

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

Les chefs de service et les spécialistes en activités cliniques travaillent en étroite collaboration afin de bien soutenir les intervenants. Les rôles et responsabilités sont bien définis. Les stations visuelles opérationnelles (SVO) sont préparées conjointement; les intervenants se sentent soutenus et ont libre cours pour exprimer leurs besoins. Les communications efficaces permettent une cascade et une escalade des informations avec la direction. Les interventions de soutien à domicile sont réalisées conjointement avec le programme SAD SAPA (soutien à domicile-soutien à l'autonomie des personnes âgées) pour les soins infirmiers et les collaborations sont bonnes et bien rodées.

Toutes les pratiques organisationnelles (POR) sont conformes aux normes à l'exception de « l'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition ». Il existe un outil de consignation pour standardiser l'information, mais il n'est pas utilisé. Les informations peuvent se retrouver dans le formulaire de référence, Demande de services interétablissements (DSIE), ou dans les notes évolutives des intervenants. L'harmonisation et la standardisation des procédures, formulaires et outils cliniques simplifieraient la charge de travail et faciliteraient l'échange d'information. Il est également recommandé d'utiliser les grilles prévues pour les POR suivantes : « Les usagers sont évalués et suivis pour le risque du suicide » et « Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile » lorsque l'outil de cheminement clinique informatisé/OCCI n'est pas complété. De plus, le repérage de l'information au dossier de l'usager serait facilité.

Le processus pour répondre aux demandes de services est bien établi, mais pas en temps opportun. Il existe de très longs délais d'attente pour les usagers classés P3 et particulièrement P4. Plusieurs modalités sont en place pour répondre aux besoins des usagers et beaucoup de coordination avec les partenaires est réalisée. Malgré cela, plusieurs usagers ne reçoivent pas leurs services en temps opportun considérant le nombre croissant de demandes de services et la complexité de leur condition.

Certaines initiatives locales sont porteuses, notamment pour des modalités d'interventions supplétives aux usagers en attente (ex. : ergothérapeute affectée aux usagers classés P1, cliniques de transport adapté), ainsi qu'une ergothérapeute affectée aux audits qualité dans les ressources alternatives. Un partage de ces bons coups est encouragé. Des activités de reconnaissance sont organisées pour et par les équipes.

Certaines expertises professionnelles complémentaires à l'équipe, par exemple en psychologie ou en

sexologie, seraient pertinentes pour bonifier l'offre de services de certains usagers. Les longs délais ou la rareté de la main-d'œuvre rendent difficiles ces options.

---

## 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>	
4.1.9 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
4.1.11 Les listes d'attente sont coordonnées périodiquement avec celles d'autres organismes offrant des services similaires et celles des actionnaires, afin que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement aient accès aux services au moment opportun.	
4.1.36 Les services requis en matière de santé mentale pour répondre aux besoins de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille et sont coordonnés avec les organismes partenaires.	
4.1.40 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.	!
4.1.49 Le plan de transition est consigné dans le dossier de l'utilisateur.	
4.1.53 Un plan de services complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille et il est consigné.	!
4.1.62 La planification des points de transition, y compris la fin des services, est présente dans le plan de services et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 4.1.63.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	

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

#### Commentaires des visiteurs

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

Les intervenants des équipes de services spécifiques sont polyvalents et motivés à servir une population de 0 à 100 ans et ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ils travaillent notamment avec le milieu communautaire, les camps de jour, les écoles, favorisent le maintien dans le milieu de vie et visent une participation sociale par des activités d'intégration socioprofessionnelles à la clientèle adulte. Il faut, toutefois, préciser que le programme d'intervention précoce, Agir tôt, malgré son rattachement au programme DI-TSA, n'a pas fait l'objet d'un audit durant cette visite.

Toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes aux normes à l'exception de « l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition ». Il existe un outil de consignation pour standardiser l'information, mais il n'est pas utilisé. Les informations peuvent se retrouver dans le formulaire de référence, Demande de services interétablissements (DSIE), ou dans les notes évolutives des intervenants. L'harmonisation et la standardisation des procédures, formulaires et outils cliniques simplifieraient la charge de travail et faciliteraient l'échange d'information. Il est également recommandé d'utiliser les grilles prévues pour les POR « Les usagers sont évalués et suivis pour le risque du suicide » ainsi que « Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile » (lorsque l'OCCI n'est pas complété). De plus, le repérage de l'information au dossier de l'utilisateur serait facilité.

Un usager et son proche ont indiqué ne pas connaître la procédure des plaintes et des insatisfactions. La remise d'une pochette d'accueil contenant toutes les informations pertinentes aux services pourrait être

présentée à l'utilisateur dès la première intervention afin de systématiser le processus. De plus, la poursuite de l'harmonisation des outils cliniques entre les différents points de services est encouragée.

Le processus pour répondre aux demandes de services est bien établi, mais pas en temps opportun. Il existe de très longs délais d'attente pour les usagers P3 et particulièrement P4. Plusieurs modalités sont mises en place pour répondre aux besoins des usagers et beaucoup de coordination avec les partenaires est réalisée. Malgré cela, plusieurs usagers ne reçoivent pas leurs services en temps opportun considérant le nombre croissant de demandes de services et la complexité de leur condition.

Les problématiques des usagers sont de plus en plus complexes, et ces derniers peuvent présenter une ou plusieurs conditions concomitantes à leur déficience intellectuelle (DI) ou leur trouble du spectre de l'autisme (TSA), notamment des problèmes de santé mentale. Une collaboration plus étroite avec les équipes du programme en santé mentale du CIUSSS outillerait davantage les intervenants et les guiderait dans l'intervention. Des éléments de dangerosité sont parfois présents et une gestion de risque est nécessaire. Il importe dans ces situations de mettre à profit les expertises en DI-TSA et en santé mentale afin d'offrir un service pertinent à l'utilisateur et à sa famille.

Considérant le petit nombre d'utilisateurs comparativement aux autres programmes du CIUSSS, ainsi que les profils très différents des usagers ayant une DI ou TSA, une méconnaissance de la réalité de ces personnes est probable. Des activités de promotion et de sensibilisation à tout le personnel de l'organisation sont encouragées ainsi que des formations ciblées pour les collaborateurs potentiels à l'offre de service.

---

## 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.