



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Baie-Comeau,

Séquence 4

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

Date de production du rapport : 22 juin 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (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

Sommaire	1
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	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	12
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	18
Résultats pour les manuels d'évaluation	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	19
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	21
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	25
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	27
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	30
Annexe A - Programme Qmentum	33

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (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. Centre de protection et de réadaptation des Escoumins
2. Centre de réadaptation DI-TSA-DP de la Baie-Comeau
3. Centre de réadaptation DI-TSA-DP de Sept-Îles
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Minganie
5. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier
6. CISSS de la Côte-Nord
7. Hôpital de Sept-Îles
8. Hôpital Le Royer
9. Résidence Gamache









- **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)

Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	36	0	1	37
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	76	16	28	120
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	134	3	20	157
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	25	1	1	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	92	11	9	112
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	374	32	59	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	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	76 (86,4%)	12 (13,6%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	19 (100,0%)	0 (0,0%)	11	36 (100,0%)	0 (0,0%)	12	55 (100,0%)	0 (0,0%)	23
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	40 (97,6%)	1 (2,4%)	5	68 (95,8%)	3 (4,2%)	5

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)	23 (100,0%)	0 (0,0%)	12	55 (98,2%)	1 (1,8%)	3	78 (98,7%)	1 (1,3%)	15
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	49 (98,0%)	1 (2,0%)	8	78 (98,7%)	1 (1,3%)	16
Total	132 (93,6%)	9 (6,4%)	31	223 (96,5%)	8 (3,5%)	28	355 (95,4%)	17 (4,6%)	59
Total	132 (93,6%)	9 (6,4%)	31	223 (96,5%)	8 (3,5%)	28	355 (95,4%)	17 (4,6%)	59

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Non Conforme	0 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	2 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))	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis))	Non Conforme	1 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 visite d'agrément effectuée du 7 au 12 mai 2023 au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord concerne les séquences 4 et 5, du premier cycle de 5 ans, du programme d'agrément Qmentum adapté aux établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

La séquence 4 vise les activités du programme-services Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP) et la séquence 5 le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Le présent rapport contient les observations pour la séquence 4, DI-TSA-DP.

Le CISSS de la Côte-Nord, le plus grand au Québec, dessert un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (soit près de 1300 km de littoral) en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. La Côte-Nord compte environ 90 000 habitants répartis dans six municipalités régionales de comté. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par la route. La Côte-Nord compte neuf communautés autochtones. Plus de 4 000 employés et près de 200 médecins de famille ou spécialistes donnent des soins et services dans plus de 54 installations permettant de répondre aux besoins populationnels. Cependant, il faut noter la présence importante de la main-d'œuvre indépendante (MOI) au quotidien. Un budget de 465 millions \$ est alloué à l'établissement. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent environ 16 % de la population régionale.

La mission du CISSS de la Côte-Nord est fondée sur la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La vision est définie ainsi « Au Nord de tout ce que l'on peut devenir » qui se caractérise par le plein développement du potentiel humain dans un contexte de diversité culturelle et de son immense territoire. Les valeurs organisationnelles sont la transparence, le respect, la reconnaissance, la collaboration et la cohésion.

L'offre de services de la direction du programme-services DI-TSA-DP vise à maintenir les capacités, à compenser les incapacités et à permettre une participation sociale des usagers et de leurs proches. Les services sont basés autour des objectifs de l'utilisateur ou de ses proches et ceux-ci font partie intégrante de la prise de décision. Les services sont adaptés à chaque usager selon ses besoins et ses capacités. Les services sont variés autant en déficience physique qu'en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme. Différents critères d'accessibilité sont élaborés afin que le bon usager reçoive le bon service au bon endroit et au bon moment. Dans certains secteurs, des listes d'attente importantes sont observées et sont

causées en grande partie par une pénurie de personnel.

L'excellence des services de la direction du programme-services DI-TSA-DP est placée sous le thème de l'humanisme, en cohérence avec les valeurs organisationnelles. La mission est de développer, restaurer et maintenir les capacités et aussi de compenser les incapacités en vue de favoriser l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale des personnes autistes et celles ayant une déficience physique ou intellectuelle. L'implication des usagers partenaires au sein du programme se décline à plusieurs niveaux de travaux d'amélioration ou d'implantation, notamment le comité du plan d'action pour l'intégration des personnes handicapées. L'objectif ultime est de favoriser la pleine participation sociale des personnes. Différents services spécialisés de réadaptation interdisciplinaire sont offerts selon la déficience présente.

Des plans d'amélioration de la qualité sont élaborés et suivis étroitement par l'équipe de direction de DI-TSA-DP. Dans le cadre de la visite d'agrément, un exercice d'auto-évaluation des différents critères a été fait par les équipes.

La culture de déclaration des incidents-accidents est bien implantée au sein de la direction. Lors d'événements indésirables, un mécanisme est établi pour utiliser les résultats afin de s'améliorer ou se réajuster, le cas échéant, dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

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 Environnement numérique d'apprentissage (ENA) ou en présentiel selon les besoins de formation exprimés ou obligatoires. Des registres de formation sont disponibles pour consultation. Des collaborations à des activités de recherche sont présentes, particulièrement pour la clientèle de la déficience physique. Plusieurs formations sont données au personnel de la MOI avant leur intégration dans le milieu.

Les intervenants des équipes de travail sont en petit nombre dans chacune des installations. Cette situation fragilise l'offre de services lors d'absence ou de maladie. Des efforts de recrutement sont faits, mais les résultats positifs ne sont pas suffisants. La direction est encouragée à revoir les centres d'activités et les structures de poste pour accroître les masses critiques de professionnels dans les services et favoriser ainsi l'accessibilité des services, la stabilité des équipes et le maintien de l'expertise.

Les équipes de travail sont dévouées et les soins sont centrés sur les usagers. Une cohésion d'équipe et de l'entraide existent entre les intervenants compte tenu de la présence de la main-d'œuvre indépendante, qui est quand même stable. Une approche interdisciplinaire est en place dans les milieux pour répondre aux besoins et aux intérêts des usagers.

Les usagers sont au cœur des services dispensés par la direction DI-TSA-DP. Le personnel est dévoué et a à cœur de donner des soins de qualité et sécuritaires. Les soins sont centrés sur l'utilisateur et sa famille/proche pour répondre au besoin exprimé. Les usagers sont impliqués dans les différentes étapes du processus du plan d'intervention et du processus clinique selon leurs capacités. De petits signes d'amélioration sont source de bonheur pour le personnel et évidemment pour l'utilisateur et ses proches. Certains usagers partenaires sont impliqués lors de travaux d'amélioration ou d'implantation de certains dossiers. La direction DI-TSA-DP est encouragée à poursuivre ses efforts pour inclure la voix des usagers au sein de leurs travaux. Des sondages de satisfaction sur la sécurisation culturelle ont été effectués au printemps 2022 auprès des usagers autochtones recevant des soins et services de la direction DI-TSA-DP. Les résultats se font attendre.

La direction DI-TSA-DP offre plusieurs liens de partenariat avec la communauté locale et régionale pour optimiser les services ou offrir du répit pour les familles. Des rencontres ont lieu deux fois par année avec les organismes communautaires pour assurer le suivi des grands dossiers. Des ententes de services avec plus d'une dizaine d'organismes communautaires ou des centres de jour sont présentes. Un travail de collaboration est établi entre les différentes directions afin d'optimiser les services offerts à cette clientèle et de répondre à leurs besoins. Des concertations locales avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation (MSSS-MEQ) et les quatre centres de services scolaires de la région sont en place. Les partenaires contactés notent que les liens de partenariat sont renforcés depuis la pandémie.

Beaucoup de travail reste à faire pour rendre conformes l'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR). Les documents sont disponibles, mais plusieurs POR sont non conformes sur le terrain. Les équipes sont encouragées à s'appropriier l'ensemble des POR et les faire vivre au quotidien dans les milieux de soins et de services. Il est également proposé d'identifier un porteur de POR au sein de la direction DI-TSA-DP.

Les services de Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) - Usagers inscrits sont offerts sur un grand territoire. L'organisation des soins et services est bien structurée. Une approche empathique est utilisée et le dévouement du personnel pour la prise en charge d'une jeune clientèle pour un épisode de soins à long terme est observé. Le partenariat avec les équipes communautaires est bien intégré. Certains titres d'emploi sont en pénurie dans certains secteurs du territoire. Il est important de renforcer la conformité aux POR. Il est suggéré à la direction de DI-TSA-DP de déployer des efforts pour s'assurer du respect des POR. Le partenariat entre le service d'orthophonie et l'éducateur du Centre de services scolaires de Sept-Îles est à souligner. Il serait pertinent de mesurer la satisfaction de la clientèle et des familles pour améliorer l'offre de services et poursuivre le projet d'amélioration de la trajectoire, tout en tenant compte de leurs opinions.

Les services de Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) - Usagers admis misent sur le dévouement exceptionnel du personnel. Des activités sont structurées et adaptées aux besoins de chaque usager afin de le rendre le plus « autonome » possible et dans un esprit de thérapie de maintien des acquis.

Le défi de ce secteur est de recruter du personnel, le retenir et reconnaître son expertise. Il est proposé de s'assurer que le personnel, incluant la main-d'œuvre indépendante, reçoit une formation sur les troubles graves de comportement.

Les services de Déficience physique - Usagers inscrits sont centrés sur les besoins de la clientèle. Des plateaux techniques sont en place. Les valeurs organisationnelles sont bien ancrées au sein de l'équipe de soins. La collaboration entre les directions est présente. Il serait intéressant d'instaurer un soutien clinique pour maintenir l'expertise auprès des équipes. L'accessibilité aux services est à améliorer afin de diminuer les délais d'attente et consolider l'offre de services en orthophonie et en ergothérapie.

Les services de Déficience physique - Usagers admis sont offerts sur une unité de soins avec une vocation élargie à l'Hôpital de Sept-Îles et de Baie-Comeau. Il n'y a pas de personnel dédié à cette clientèle, sauf pour quelques professionnels. La cohésion de l'équipe interdisciplinaire est à souligner. Les interventions de réadaptation sont remarquables en dépit des ressources qui sont limitées. De beaux succès avec la clientèle sont observés. Une entraide entre les deux directions (DI-TSA-DP et Direction des soins infirmiers [DSI]) afin de donner les meilleurs soins et services aux usagers est remarquée. Le consentement aux soins n'est pas consigné au dossier de l'utilisateur. Il est suggéré de poursuivre la formation et l'implantation des POR. L'équipement et le matériel approprié permettant une utilisation optimale sont insuffisants. Quelques petits achats seraient à faire pour améliorer le service aux usagers.

Il convient de féliciter l'établissement pour l'engagement du personnel qui, par son implication, permet d'offrir des soins humains à une clientèle vulnérable dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.50 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis) 3.1.51 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.63
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.6
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.30

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.2.1 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.2.1 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis) 5.1.32
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 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
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 2.1.52 · Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 4.1.7

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.5 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.17 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.4.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.	!
1.4.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!

1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

L'excellence des services en Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP) a fait l'objet d'une évaluation lors de la visite d'agrément au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord.

Au CISSS de la Côte-Nord, la collaboration interprofessionnelle est évidente et contribue à promouvoir un excellent environnement de travail. Les membres des équipes de soins et de service ont exprimé le soutien continu qu'ils reçoivent de leurs chefs et apprécient les nombreux échanges et la qualité de l'information qui leur est communiquée.




Les échanges avec les partenaires du réseau de la santé et de la communauté ont mis en relief la grande collaboration qui existe avec le CISSS de la Côte-Nord. Divers liens ont été établis permettant de développer des mécanismes de résolution de problèmes afin d'assurer un soutien pour l'utilisateur et sa famille.

Les effectifs de la direction sont stables, mais en déficit dans plusieurs disciplines professionnelles. Afin de pallier les déficits, le recours aux agences de main-d'œuvre devient incontournable. Celles-ci sont très intégrées aux équipes de base.

Les listes d'attente à certains services cliniques sont importantes, entre autres en orthophonie. Ainsi, les délais d'accès aux services pour les troubles de langage peuvent être importants.

Pour plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR), des efforts additionnels devront être déployés afin de hausser la sécurité. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) doit faire l'objet d'une priorité organisationnelle, entre autres.

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)	
<p>2.1.6 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>2.1.6.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<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>2.1.50.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>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>	
<p>2.1.52 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	

- 2.1.52.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.
- 2.1.52.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.
- 2.1.52.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- 2.1.52.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.
- 2.1.52.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.

2.1.53 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

2.1.53.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.

2.1.53.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.




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

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

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

La Direction du programme-services Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP) assure un continuum de services en déficience physique à Sept-Îles. La population qui reçoit les services est constituée majoritairement d'adultes des régions de Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie, Hématite, Basse-Côte-Nord. La réadaptation en première ligne adulte, comprend l'audiologie, tandis que la réadaptation spécialisée en déficience motrice adulte inclut la déficience visuelle et auditive. Des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et d'audiologie sont offerts par une équipe dévouée centrée sur les usagers.

Une collaboration entre la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) permet d'offrir les soins de santé physique requis, tandis que des interventions de réadaptation interdisciplinaire favorisent la récupération des capacités en lien avec des traumatismes affectant le système nerveux, des déficiences physiques (motricité, audition, vision, langage), des déficiences intellectuelles et les troubles du spectre de l'autisme.

La Direction du programme-services Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP) a le mandat régional de la gestion du service des aides techniques (SAT) de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le programme d'activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique.

Plusieurs interventions efficaces sont effectuées au moment opportun dans le milieu naturel des usagers dans le cadre de services spécifiques de proximité. Il convient de mentionner le travail extraordinaire qui se réalise au quotidien par une équipe interdisciplinaire bienveillante non seulement pour récupérer les déficiences selon les ressources personnelles de l'utilisateur, mais aussi pour maintenir les acquis. Une intervenante pivot joue un rôle important et pratiquement indispensable au sein de l'équipe. Elle favorise la communication et établit les liens entre les équipes, la famille et l'utilisateur qui se sent rassuré de sa présence. Les usagers rencontrés sont satisfaits des services bien qu'ils recommandent de diminuer le délai d'attente. Néanmoins, il faudrait noter que les demandes de services sont priorisées selon des critères standardisés en tenant compte de l'urgence d'intervention et le potentiel de récupération des usagers.

Compte tenu du manque d'effectifs, la main-d'œuvre indépendante est omniprésente au sein des différents services de l'établissement. Toutefois, il a été constaté que ces intervenants ont également le cœur à l'ouvrage et contribuent significativement à l'atteinte des objectifs du programme pour une meilleure qualité de vie des usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	
3.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.12 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.	!
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
3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.51.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	POR
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.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

Une unité interne de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de 4 -5 lits (compte tenu du taux

d'occupation) est située dans le Centre hospitalier de Sept-Îles. Cette unité dessert la population du nord-est du territoire de Port-Cartier à Blanc-Sablon. L'équipe interdisciplinaire fait partie de deux directions distinctes : la Direction des soins infirmiers pour la dispensation des soins de santé physique et la DI-TSA-DP pour tout ce qui concerne la réadaptation intensive de l'utilisateur. Le service est accessible selon des critères standardisés de priorisation et le potentiel de récupération des usagers.

Le personnel est composé de personnel qualifié qui forme une équipe solidaire travaillant en harmonie pour offrir le meilleur service selon l'intensité que l'utilisateur requiert. Il est pertinent de noter qu'en dépit des ressources limitées et de l'espace restreint, l'équipe arrive à faire récupérer des usagers avec un déficit fonctionnel important. Dans ce contexte, il convient de considérer la possibilité que l'équipe dispose d'équipements et de matériels nécessaires pour la réalisation optimale des activités thérapeutiques.

Par ailleurs, des appartements supervisés à titre d'essai d'autonomie dans un milieu de vie pourraient être appropriés tout en ayant un impact positif sur la fluidité.

Une attention particulière devrait être portée sur la signature du consentement au dossier des usagers et une stratégie structurée de repérage du risque de suicide qu'il ne faudrait pas confondre avec l'évaluation du risque suicidaire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)	
<p>4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>4.1.7.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.</p> <p>4.1.7.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.</p> <p>4.1.7.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.</p> <p>4.1.7.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.</p> <p>4.1.7.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.</p>	<p>POR</p>
<p>4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>4.1.30.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.</p>	<p>POR</p>
<p>4.1.63 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<p>POR</p>

- 4.1.63.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 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.

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

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

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



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

Commentaires des visiteurs




Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)


Les services offerts par le CISSS de la Côte-Nord aux usagers inscrits présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique (DI-TSA-DP) sont de grande qualité. Il convient de mentionner l'implication élevée de l'équipe interdisciplinaire. Le rôle de coordination clinique est bien implanté.

Au cours d'activité de visite à domicile, il a été possible d'observer l'approche préconisée par une professionnelle auprès d'un usager présentant une déficience intellectuelle. La qualité de l'intervention est à souligner, entre autres, par l'écoute et les stratégies permettant d'établir un plan avec l'usager et la participation de celui-ci.

La pénurie de main-d'œuvre est un enjeu de taille, mais avec l'apport des agences privées, l'offre de services évite la rupture de services.

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.	
<p>5.1.30 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>5.1.30.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>5.1.30.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.</p> <p>5.1.30.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>5.1.30.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	
<p>5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>5.1.31.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
5.1.32 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.	

<p>5.1.32.1</p> <p>5.1.32.3</p> <p>5.1.32.4</p> <p>5.1.32.5</p> <p>5.1.32.6</p>	<p>Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.</p> <p>Des protocoles et procédures (fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques quand elles sont disponibles et applicables au milieu) sont mis en oeuvre pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en résultent.</p> <p>L'information sur les interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est consignée dans le dossier du résident et communiquée à l'équipe.</p> <p>Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.</p> <p>L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex. processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>5.2.1</p> <p>5.2.1.1</p> <p>5.2.1.2</p>	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); • mesurer l'utilisation d'un produit; • inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; • évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). <p>Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services DI TSA (usagers admis)

La résidence spécialisée Gamache située à Sept-Îles est une résidence à assistance continue (RAC) de 5 lits. Elle dessert le territoire Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie, hématite, Basse-Côte-Nord. La résidence accueille des usagers adultes présentant une déficience intellectuelle avec un trouble grave de comportement. Le taux d'occupation étant de 100 %,

L'équipe est composée d'un éducateur spécialisé et de deux auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et d'un agent d'intervention le soir. En dépit des limites importantes et des troubles graves de comportement des usagers, le personnel, que ce soit un employé du CISSS ou de la main-d'œuvre indépendante, démontre une bienveillance et un dévouement exceptionnels et n'épargne aucun effort pour atteindre l'objectif de réadapter les usagers de façon personnalisée, selon une approche adaptée et spécialisée.

Si des soins et services de santé physique spécifiques sont requis, ils sont assurés par l'équipe du soutien à domicile de la Direction SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) dans le cadre d'une collaboration interdirectionnelle. Par ailleurs, les services surspécialisés non disponibles sur le territoire sont assumés par les partenaires du secteur urbain, notamment l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Une main-d'œuvre indépendante relativement stable comble le manque crucial d'effectifs. Dans ce contexte, compte tenu des difficultés de recrutement au sein de ce service, il serait pertinent de considérer la formation de la main-d'œuvre indépendante afin de favoriser la réadaptation optimale des usagers. D'ailleurs, compte tenu du haut taux de main-d'œuvre indépendante observé dans ce service, il est probable que l'implantation des pratiques organisationnelles requises (POR) passe par la formation de ce groupe.

Il convient de mentionner également la nécessité d'une infrastructure mieux adaptée à la condition du trouble de comportement grave des usagers. De plus, il serait peut-être pertinent de développer des idées innovantes et des stratégies novatrices de recrutement, de rétention et aussi de reconnaissance de ces employés.

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.