ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Cap-aux-Meules, QC

Séquence 4

Dates de la visite d'agrément : 6 au 9 septembre 2022

Date de production du rapport : 18 octobre 2022

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (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 septembre 2022. 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.

Droits d'auteur © 2022 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés. Toute utilisation, reproduction et autre exploitation du présent document est soumise aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation. Toute autre utilisation est 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 5

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 8

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises 10

Résultats détaillés de la visite 11

Résultats pour les manuels d'évaluation 12

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services 12

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits) 15

Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits) 16

Annexe A - Programme Qmentum 18

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (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'usager. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issu 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 : 6 au 9 septembre 2022**

- **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 réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
  2. Hôpital de l'Archipel
  3. CLSC de Cap-aux-Meules

- **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.)	1	1	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	20	0	0	20
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	60	2	3	65
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	79	4	2	85
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	15	1	0	16
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	57	19	2	78
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	**241**	**28**	**7**	**276**

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	29 (72,5%)	11 (27,5%)	0	37 (77,1%)	11 (22,9%)	0	66 (75,0%)	22 (25,0%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	28 (96,6%)	1 (3,4%)	1	44 (97,8%)	1 (2,2%)	3	72 (97,3%)	2 (2,7%)	4
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	32 (94,1%)	2 (5,9%)	1	57 (98,3%)	1 (1,7%)	1	89 (96,7%)	3 (3,3%)	2
Total	89 (86,4%)	14 (13,6%)	2	138 (91,4%)	13 (8,6%)	4	227 (89,4%)	27 (10,6%)	6
Total	**89 (86,4%)**	14 (13,6%)	2	138 (91,4%)	13 (8,6%)	4	227 (89,4%)	27 (10,6%)	6

* 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		
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))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8

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.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (CISSS des Îles) a pour mission le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine, par le développement et la mise en place d'une gamme de soins et de services de qualité, accessibles, continus, sécuritaires et complémentaires, et ce, en partenariat avec les autres établissements et organismes présents sur le territoire, ainsi qu'avec les services spécialisés et ultraspécialisés régionaux et nationaux.

La sécurité et la qualité des soins et des services dispensés à l'usager occupent une place de choix au sein de l'établissement. C'est dans cette perspective que le CISSS des Îles amorçât, le 6 septembre dernier, sa visite d'agrément pour les programmes-clientèles déficience intellectuelle/déficience physique-trouble du spectre de l'autisme (DI/DP/TSA).

Cette visite a permis d'évaluer le niveau de conformité des processus et des pratiques en place en fonction des normes et pratiques de gestion reconnues au regard de l'excellence (chapitre 1) et de l'organisation des soins et des services de santé (chapitres 2 et 4). Six grands thèmes ont été analysés à savoir : la gouvernance, les relations avec la communauté et les partenariats établis, la gestion des ressources, la gestion du capital humain, la prestation des soins et services sécuritaire et la satisfaction des clients.

Il convient de dresser une synthèse de chacun de ces thèmes afin d'avoir un aperçu global des observations et des constatations observées au cours de la visite.

1) La gouvernance et la direction: La qualité et la sécurité des résidents sont clairement identifiées comme des priorités de l'établissement et de la direction DI/DP/TSA. L'engagement de ces derniers dans l'amélioration continue de la qualité des soins et des services pour l'usager est tangible. Afin de s'assurer de l'atteinte des résultats, la direction DI/DP/TSA s'est dotée d'une vision, de valeurs et d'outils de suivi (ex. : Tableau de bord d'accès) clairs et structurés. L'évaluation des actions et des résultats demeure un point d'attention.

2) Les relations avec la communauté et les partenariats : Le CISSS des Îles entretient des relations harmonieuses et respectueuses avec ces partenaires. Les partenaires rencontrés ont souligné l'esprit de partenariat et de collaboration de l'établissement. Afin de faciliter la continuité de soins et des services, le CISSS des Îles est invité à peaufiner ses trajectoires de soins et services avec ses partenaires (ex. : CISSSS de la Gaspésie) en identifiant des critères ou des mécanismes de transfert et de prise en charge de la clientèle DI/DP/TSA.

3) La gestion des ressources : Cette visite ne ciblait pas particulièrement le processus de gestion des ressources (financière, matériels, informationnelles). Toutefois, les avancées réalisées en matière de gestion de ressources informationnelles ont été observées. Ces derniers s'inscrivent dans une démarche nationale de modernisation du réseau, le CISSS des Îles est invité à poursuivre ses réflexions relatives à l'intégration de ces systèmes et aux impacts sur les intervenants ainsi que sur la gestion de l'information clinique afin d'optimiser la gestion documentaire.

4) La gestion du capital humain : Cette visite ne ciblait pas le processus de gestion du capital humain. Toutefois, les enjeux et les efforts mis en place afin de pallier la pénurie de personnel dans les secteurs cliniques DI/DP/TSA, ont été notés. Au cours des dernières années, plusieurs nouveaux professionnels ont été embauchés. Dans une perspective d'amélioration, l'établissement est invité à revoir son processus d'accueil et d'orientation ainsi qu'à actualiser son processus d'appréciation du rendement de ses employés.

5) La prestation des soins et services : L'établissement a mis en place un programme intégré de gestion de la qualité et de la sécurité. Toutefois, afin d'assurer son appropriation, ce dernier gagnerait à être davantage diffusé. L'intégration des services de première et de deuxième ligne en DI/TSA est digne de mention. Cette innovation demande une formalisation des processus ainsi qu'une actualisation des politiques et processus.

6) La satisfaction des clients : Les usagers et les familles rencontrés se disent satisfaits des soins et des services dispensés. Ils sont bien informés et impliqués dans la mise en place de leurs soins et services. Lorsque des problématiques sont identifiées, elles sont rapidement traitées. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement est invité à intensifier la participation des usagers partenaires dans le développement et la mise en place de l'offre de soins et services en DI/DP/TSA.

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 : Prévention des infections	
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	· 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

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.1.1	Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.2	Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.4	L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.1.5	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
1.2.8	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.	
1.3.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
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.	!

1.4.11	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
1.5.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.21	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
1.7.11	Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Le CISSS des Îles dispose de différents processus d'amélioration de qualité des soins et des services (ex.: Plan d'amélioration, indicateurs, audits). Ces processus sont bien structurés, mais malheureusement peu connus par le personnel, les usagers ou les familles. Afin d'accroître l'appropriation de ces processus, il serait avantageux de diffuser plus largement ces derniers.

Les services ou activités (ex.: aménagement physique) sont planifiés en fonction des besoins de la population du territoire. Toutefois, afin d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins et les

services/activités, l'établissement est invité à intégrer les usagers, les familles, les partenaires et la communauté au processus de planification et d'évaluation de ces derniers.

Afin de compléter le cycle de planification des soins et des services, le CISSS des Îles aurait avantage à mettre en place des processus formels d'évaluation des interventions. Ces processus devraient se faire en collaboration avec les intervenants, les usagers et les familles.

L'établissement ne dispose pas de programmes d'orientation formels destinés aux nouveaux employés. Il serait pertinent de mettre en place des programmes d'accueil et d'orientation pour les nouveaux employés (incluant les agences de MOI) afin de :

1. Standardiser les pratiques,
2. Diminuer l'anxiété des jeunes professionnels,
3. Optimiser le travail,
4. Améliorer la compréhension commune de l'offre de services,
5. Harmoniser la trajectoire des soins et des services.

L'établissement dispose d'un cadre conceptuel d'éthique. Toutefois, ce dernier est peu diffusé ou utilisé. Le CISSS des Îles, est invité à mettre en place des capsules d'information permettant de faire connaitre le cadre d'éthique, mais également à identifier de façon proactive les enjeux éthiques dans le programme déficience intellectuelle/déficience physique-trouble du spectre de l'autisme (DI/DP/TSA).

La fluidité des soins entre la première et la deuxième ligne est digne de mention dans le programme DI/TSA, mais demeure à peaufiner en DP (entente de collaboration avec les partenaires afin de mieux cerner les critères d'éligibilité).

En terminant, il est important de souligner la grande mobilisation des employés et des cadres (intermédiaires et supérieurs) dans le déploiement d'une culture d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés à la population des Îles-de-la-Madeleine.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)		
2.1.31	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
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.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)		

Les soins et services dispensés par le CISSS des Îles sont exclusivement donnés en mode ambulatoire au domicile de l'usager.

Des corridors de services sont disponibles avec différents partenaires en ce qui concerne les services admis en établissement (ex.: Unité de réadaptation fonctionnelle intensive/URFI, Centre de réadaptation en déficience physique/CRDP). Afin d'optimiser les trajectoires de services, l'établissement est invité à revoir les critères d'admission et de sortir des différents épisodes de soins qui compose la trajectoire.

Les familles et les usagers sont très présents dans la planification et la mise en place de leurs soins et services (ex.: Plan de services). Toutefois, dans une perspective plus globale, l'établissement est invité à mettre en place des mécanismes consultatifs permettant de planification l'offre de services du programme avec la participation des usagers et des familles.

Les usagers et les familles sont tous satisfaits de services reçus par l'équipe Déficience physique (DP).

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)		
4.1.26	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
4.1.43	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
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.	POR
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 soins et services au programme déficience intellectuelle/trouble du spectre de l'autisme (DI/TSA) sont bien structurés, les usagers et les familles sont au cœur des préoccupations des intervenantes, et ce, dans une philosophie d'intervention d'autodétermination.

L'approche de soins et services aux patients est humaine et stimule la collaboration usager/intervenant.

La transition entre la première et la deuxième ligne est fluide et digne de mention. Toutefois, afin de bien catégoriser l'offre de services (ex.: Centre local de services communautaires/CLSC vs Centre de réadaptation en déficience intellectuelle/CRDI), le programme est invité à revoir ces processus et à bien clarifier les critères d'entrée et de sortie de ligne de services.

La gestion documentaire appelle à une réflexion afin de s'assurer de l'accessibilité globale des notes cliniques. Le consentement des usagers en DI/TSA est peu consigné au dossier, et ce, notamment dans les services de 2e ligne (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement/CRDITED). L'établissement est invité à revoir son processus d'accueil afin de s'assurer d'obtenir cette information.

Les intervenants rencontrés sont peu enclins à utiliser les mécanismes d'éthique présents (ex.: comité), dans une perspective optimale, la direction est invitée à mettre en place des activités de sensibilité permettant de bien identifier les questions éthiques et surtout bien entamer une réflexion sur l'éthique.

Les équipes et les gestionnaires rencontrés sont très mobilisés et surtout centrés sur le bien-être des résidents.

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.