



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Rouyn-Noranda, QC

Dates de la visite d'agrément : 1 au 6 octobre 2017

Date de production du rapport : 11 janvier 2018

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 octobre 2017. Ce rapport d'agrément 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 d'agrément.

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 d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

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

Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	5
Analyse selon les normes	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	19
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Gouvernance	20
Processus prioritaire : Planification et conception des services	22
Processus prioritaire : Gestion des ressources	23
Processus prioritaire : Capital humain	24
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	26
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	27
Processus prioritaire : Communication	28
Processus prioritaire : Environnement physique	30
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	31
Processus prioritaire : Cheminement des clients	32
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	33
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	35
Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	35
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	41
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	47
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	53
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	59
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	64
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	69

Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service	74
Résultats des outils d'évaluation	81
Commentaires de l'organisme	81
Annexe A - Programme Qmentum	82
Annexe B - Processus prioritaires	83

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué 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 font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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.

Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux est :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé.

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 1 au 6 octobre 2017**

- **Emplacements**

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

1. AM-Centre de réadaptation DI-TSA-DP Amos (siège social)
2. AM-Centre de réadaptation en dépendance d'Amos (siège social)
3. AM-CHSLD d'Amos
4. AM-CLSC d'Amos et tous les points de services
5. AM-Hôpital d'Amos
6. LS-Centre de réadaptation en déficience physique de La Sarre
7. LS-Centre de réadaptation en dépendance de La Sarre
8. LS-Centre de réadaptation en DI-TSA-DP de La Sarre
9. LS-CHSLD de La Sarre
10. LS-CHSLD de Macamic
11. LS-CLSC de La Sarre et tous points de service
12. LS-Hôpital de La Sarre
13. LS-RAC de La Sarre (Le Giron)
14. LS-Unité régionale de réadaptation fonctionnelle intensive de Macamic
15. RN-Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Rouyn-Noranda
16. RN-Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Rouyn-Noranda
17. RN-Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Rouyn-Noranda - RI La Maison Émil Aurélie
18. RN-Centre de réadaptation en déficience physique de Rouyn-Noranda
19. RN-Centre de réadaptation en déficience physique de Rouyn-Noranda (unité de neurotraumatologie)
20. RN-Centre de réadaptation en dépendance de Rouyn-Noranda
21. RN-CHSLD de Rouyn-Noranda
22. RN-CISSAT-siège social à Rouyn-Noranda
23. RN-CLSC de Rouyn-Noranda, pavillon Gabrielle-Laramée

24. RN-CLSC de Rouyn-Noranda, pavillon Youville
25. RN-Hôpital de Rouyn-Noranda
26. TK-CHSLD de Témiscamingue-Kipawa
27. TK-CLSC de Témiscamingue-Kipawa
28. VD-Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de Val d'Or
29. VD-Centre de réadaptation en déficience physique de Val-d'Or
30. VD-Centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or
31. VD-CHSLD de Malartic
32. VD-CHSLD de Val-d'Or
33. VD-CLSC de Val d'Or (services psychosociaux)
34. VD-CLSC de Val-d'Or
35. VD-Hôpital en santé mentale et CLSC de Malartic
36. VM-Centre de réadaptation en DI-TSA de Ville-Marie
37. VM-CHSLD de Ville-Marie (Pavillon Duhamel)
38. VM-CLSC de Ville-Marie (Pavillon Sainte-Famille)

• **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections









Normes sur l'excellence des services

5. Déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
6. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
7. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
8. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
9. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services

10. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
11. Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Normes sur l'excellence des services

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 normes 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.)	44	0	1	45
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	63	5	0	68
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	228	58	3	289
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	92	13	2	107
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	257	33	5	295
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	57	2	0	59
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	439	99	11	549
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	4	2	31
Total	1205	214	24	1443

Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de 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.

Ensemble de normes	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
Gouvernance	40 (87,0%)	6 (13,0%)	4	30 (100,0%)	0 (0,0%)	6	70 (92,1%)	6 (7,9%)	10
Leadership	39 (83,0%)	8 (17,0%)	3	86 (89,6%)	10 (10,4%)	0	125 (87,4%)	18 (12,6%)	3
Prévention et contrôle des infections	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0	60 (84,5%)	11 (15,5%)	0
Gestion des médicaments	73 (93,6%)	5 (6,4%)	0	63 (100,0%)	0 (0,0%)	1	136 (96,5%)	5 (3,5%)	1
Déficits sur le plan du développement	31 (58,5%)	22 (41,5%)	0	72 (86,7%)	11 (13,3%)	1	103 (75,7%)	33 (24,3%)	1
Réadaptation	29 (64,4%)	16 (35,6%)	0	71 (89,9%)	8 (10,1%)	1	100 (80,6%)	24 (19,4%)	1
Santé mentale	29 (58,0%)	21 (42,0%)	0	80 (87,0%)	12 (13,0%)	0	109 (76,8%)	33 (23,2%)	0
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	31 (70,5%)	13 (29,5%)	0	80 (86,0%)	13 (14,0%)	1	111 (81,0%)	26 (19,0%)	1

Ensemble de normes	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
Soins à domicile	37 (77,1%)	11 (22,9%)	0	70 (94,6%)	4 (5,4%)	1	107 (87,7%)	15 (12,3%)	1
Soins de longue durée	47 (87,0%)	7 (13,0%)	1	91 (92,9%)	7 (7,1%)	1	138 (90,8%)	14 (9,2%)	2
Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu	37 (86,0%)	6 (14,0%)	2	75 (92,6%)	6 (7,4%)	1	112 (90,3%)	12 (9,7%)	3
Total	426 (77,7%)	122 (22,3%)	10	745 (90,9%)	75 (9,1%)	13	1171 (85,6%)	197 (14,4%)	23

* 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 qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. 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	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	4 sur 4
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Non Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	8 sur 8	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	8 sur 8	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Identification des usagers (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	8 sur 8	6 sur 6
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	8 sur 8	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)	Non Conforme	8 sur 8	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Non Conforme	0 sur 8	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	8 sur 8	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	8 sur 8	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Non Conforme	4 sur 8	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	6 sur 6	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Formation sur les pompes à perfusion (Santé mentale)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Conforme	8 sur 8	4 sur 4
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	6 sur 10	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	8 sur 8	2 sur 2
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Non Conforme	6 sur 8	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	6 sur 6	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 4
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	14 sur 14	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	10 sur 10	6 sur 6
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	4 sur 6	0 sur 2
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	2 sur 2	4 sur 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 2	4 sur 4
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	6 sur 6	4 sur 4
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	6 sur 6	4 sur 4
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	6 sur 6	4 sur 4
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	6 sur 10	0 sur 0
Prévention du suicide (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	10 sur 10	0 sur 0
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	14 sur 14	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Non Conforme	0 sur 6	0 sur 4
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Non Conforme	6 sur 6	0 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Non Conforme	4 sur 6	0 sur 4
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	6 sur 6	4 sur 4

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 de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) a été institué le 1er avril 2015. Il a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de la région en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de l'Abitibi-Témiscamingue (territoire d'une superficie de 58 000 km², population estimée de 147 700 personnes, 5 MRC, 65 municipalités, 7 communautés autochtones). Le CISSS comporte près de 99 sites ou installations réparties sur l'ensemble de son territoire : 3 hôpitaux, 5 centres multiservices, 8 CHSLD, 38 CLSC ou points de services, 13 centres de réadaptation et divers autres lieux de dispensation de services. L'établissement compte environ 6000 employés, 250 médecins et plus de 600 bénévoles. Le budget annuel est de 489 M\$ millions de dollars.

Le conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue démontre un fort leadership et un haut niveau d'engagement. Ses comités permanents sont actifs et répondent à leur mandat. Des comités additionnels ont été mis en place (immobilisations et ressources humaines) pour favoriser l'implication du conseil d'administration dans des domaines présentant des enjeux majeurs. Le conseil d'administration endosse le plan stratégique dicté par le ministère et il veille à la réalisation des plans opérationnels qui en découlent. Il a également cerné trois priorités régionales qui viennent orienter les prises de décisions stratégiques : accès aux services de première ligne, concertation locale et partenariats, ainsi que Le CISSS : employeur de choix. Le conseil démontre une sensibilité aux besoins et aux réalités variés de sa population. Depuis la création du CISSS en 2015, le conseil s'est prioritairement investi dans l'implantation de la nouvelle organisation ; il entame maintenant une étape de consolidation des acquis dans une visée de performance et de qualité accrues. On encourage le conseil d'administration à formaliser ses mécanismes d'évaluation de l'efficacité de la gouvernance.

L'établissement est bien ancré dans ses communautés et il a établi de solides relations avec de multiples partenaires communautaires, institutionnels, gouvernementaux et universitaires. Dans chacune des cinq municipalités régionales de comtés (MRC), des comités consultatifs ont été créés dans le but de renforcer la collaboration entre partenaires des réseaux locaux de services (RLS). On encourage l'organisme à miser sur ses structures pour mieux comprendre les enjeux et spécificités des milieux, et mettre en œuvre des mesures favorisant une forte concertation locale. Les partenaires rencontrés témoignent d'un historique fertile sur le plan des collaborations. L'équipe de direction est soucieuse d'informer, de consulter et d'impliquer les partenaires dans la réalisation de sa mission et la mise en œuvre des services, tout en démontrant un souci de transparence. Les partenaires reconnaissent toutefois vivre les effets de la transformation du réseau et expriment une volonté de resserrer certains liens afin d'adapter l'offre de services de manière collaborative.

Au moment de la création du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, la structure organisationnelle de la haute direction a été implantée conformément au modèle prescrit par le Ministère. L'organisme s'apprête maintenant à transformer sa structure pour favoriser une meilleure

intégration des services au plan clinique et mieux se conformer à une logique de cheminement de clientèles. L'établissement est encouragé à aller en ce sens. L'équipe de direction possède une vision claire de ses principaux défis, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Le souci de la performance est bien présent et il allie les préoccupations financières, de qualité et de sécurité. L'administration a établi une saine collaboration avec l'équipe médicale au bénéfice de l'atteinte des objectifs organisationnels.

Un plan de développement des ressources humaines a été élaboré pour l'ensemble du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Plusieurs activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel et les critères de priorisation tiennent compte des alignements stratégiques et des impératifs en matière de sécurité. Diverses initiatives contribuent au développement d'un sentiment d'appartenance à l'organisation et visent également à soutenir la transformation. Un programme a été mis en place pour prévenir la violence en milieu de travail. L'organisme fait face à des défis majeurs en regard de la dotation. La pénurie de main-d'œuvre est importante dans plusieurs secteurs d'activités et elle présente une menace pour la continuité des services, la stabilité des équipes et la sécurité des pratiques. On encourage l'organisme à intensifier et diversifier ses stratégies de recrutement et a optimisé les processus de dotation. Il importe également qu'un programme d'appréciation du rendement soit élaboré et qu'on étende, et systématise, son application dans l'ensemble du CISSS.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue est soucieux d'adapter les soins et services aux besoins de la population. Notons que la présente visite portait plus spécifiquement sur les services de réadaptation, les services de santé mentale, la toxicomanie et la lutte contre l'obsession du jeu, le déficit au plan du développement, les soins de longue durée et les soins à domicile. L'accessibilité est un enjeu reconnu compte tenu du territoire dispersé et l'établissement travaille à mettre en œuvre diverses solutions favorisant une proximité de service. L'organisme reconnaît la nécessité de renforcer les continuums de soins et d'accentuer les services de première ligne. Il est encouragé à intensifier ses efforts en ce sens en poursuivant la réallocation de ressources et en clarifiant les rôles et responsabilités des partenaires de soins. Une approche systématisée, coordonnée et documentée a été mise en place pour améliorer le cheminement des patients et la congestion des services d'urgence. Plusieurs initiatives dans la communauté permettent d'agir en amont et en aval des services hospitaliers. À cet égard, on encourage l'établissement à consolider les façons de faire de l'ensemble des hôpitaux et des partenaires concernés.

L'organisation démontre une ouverture face à l'approche de soins centrés sur le patient et sa famille (SCUF). Des usages sont généralement intégrés dans des discussions cliniques concernant leur plan d'intervention. Certaines initiatives réalisées à ce jour démontrent une volonté d'améliorer l'expérience-patient par le biais d'un partenariat plus étroit avec les patients et les familles. Les comités des usagers et les comités des résidents sont bien mobilisés. Plusieurs sondages de satisfaction de la clientèle sont administrés et l'information recueillie est utilisée dans la prise de décision aux plans clinique et administrative. Un défi demeure en regard de la clarification des concepts de patients partenaires et de l'approche SCUF. On encourage l'organisme à endosser formellement l'approche SCUF dans ses priorités stratégiques, à développer un partenariat plus étroit avec le patient dans l'offre de soins et services, et à impliquer davantage les usagers et les familles dans les décisions liées à la gestion.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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 l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
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"> · Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers 10.9 · Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu 9.10 · Santé mentale 9.18
<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"> · Soins de longue durée 9.2
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins de longue durée 8.5 · Soins à domicile 8.6 · Santé mentale 8.6
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Sécurité liée à l'héparine La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 9.3

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.1
<p>Programme d'entretien préventif Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 9.8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections 8.1
<p>Taux d'infection Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi, l'information recueillie est analysée pour détecter les éclosions et les tendances et cette information est communiquée à l'ensemble de l'organisme. NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux emplacements qui disposent de lits et offrent des soins infirmiers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections 12.2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Réadaptation 8.6 · Soins à domicile 8.7 · Santé mentale 8.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<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">· Soins de longue durée 8.8

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

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 sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. 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.

Veuillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

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

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
5.3 Le conseil d'administration s'occupe de la supervision des efforts de l'organisme visant à établir des partenariats constructifs avec les usagers et leur famille.	!
5.4 Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille.	!
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	!
10.1 Le conseil d'administration adopte une stratégie écrite pour l'organisme axée sur la sécurité des usagers.	!
13.8 Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement au moyen de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.	!

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisation bénéficie d'une gouvernance efficace. Le conseil d'administration démontre un fort leadership et un haut niveau d'engagement. Ses comités permanents sont actifs et répondent à leur mandat. Des comités additionnels ont été mis en place (immobilisation et ressources humaines) pour favoriser l'implication du conseil d'administration dans des domaines présentant des enjeux majeurs.

Le conseil d'administration endosse le plan stratégique dicté par le ministère et il veille à la réalisation des plans opérationnels qui en découlent. Il a également cerné trois priorités régionales qui viennent orienter les prises de décisions stratégiques: accès aux services de première ligne, concertation locale et partenariat et « Le CISSS : employeur de choix ». Un tableau de bord de gestion a été développé à l'intention du conseil d'administration et ses comités de travail.

Le conseil d'administration témoigne d'une sensibilité aux besoins et aux réalités variées de sa population. Depuis la création du CISSS en 2015, le conseil s'est prioritairement investi dans l'implantation de la nouvelle organisation ; il entame maintenant une étape de consolidation des acquis dans une visée de performance et de qualité accrues.

On encourage le conseil d'administration à formaliser ses mécanismes d'évaluation de la gouvernance et à soutenir formellement les initiatives de partenariat avec les usagers et les familles (Réf. Approche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille — SCUF).

Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.3 Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent l'un des principes directeurs de l'organisme.	!
1.5 Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1 Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers, des familles et des principales parties prenantes.	
4.12 Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Certains services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté. L'organisme reconnaît l'importance d'associer l'utilisateur à l'élaboration de son plan de soins. Toutefois, il n'y a pas de preuve indiquant que l'approche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille fait l'objet d'une orientation formelle de l'établissement. On encourage l'organisme à intensifier l'implication et le partenariat avec les usagers et les familles dans une optique de co-construction, autant au plan clinique que de la gestion.

L'organisme a endossé le plan stratégique dicté par le ministère et des plans opérationnels en découlent dans chacune des directions. Dans l'établissement de ses priorités, l'établissement prend aussi en considération les besoins de la population. Un tableau de bord de suivi permet à l'équipe de direction de veiller à l'atteinte des résultats attendus. Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des opérations sont partiellement documentées. On encourage l'organisme à poursuivre ce travail d'harmonisation et de formalisation en contexte CISSS.

Des partenariats sont établis avec les organismes de la communauté afin de coordonner les services de façon efficace.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'établissement démontre une approche rigoureuse en matière planification, de contrôle et de suivi financiers. Les systèmes financiers ont été fusionnés pour l'ensemble du CISSS. La préoccupation et les responsabilités financières sont partagées avec l'ensemble de l'équipe de gestion. Il importe de souligner également la mise en place d'une gestion régionalisée des projets d'immobilisation (bureau de projets).

Des critères orientent les décisions relatives aux décisions liées à l'attribution des ressources : performance, équité interrégionale et renforcement des services de première ligne. Un processus est mis en place pour que le conseil d'administration approuve les budgets d'exploitation et d'immobilisations.

Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
2.15 La qualité de la culture de l'organisme axée sur un milieu de travail positif est contrôlée en utilisant le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail.	!
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.	
10.5 Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi.	
10.13 Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La direction des ressources humaines s'est structurée selon une orientation client en mettant en place notamment un guichet RH et en offrant aux gestionnaires le soutien de partenaires RH. Le secteur du développement organisationnel joue un rôle significatif en soutien à la transformation de l'organisation. La gestion de la santé et de la sécurité au travail se fait en collaboration avec des comités paritaires et dans une optique de prévention.

Une politique et un plan d'action en matière de développement des ressources humaines (PDRH) ont été élaborés. Le plan annuel de développement des ressources humaines priorise entre autres, les formations sur la sécurité des usagers. Il serait souhaitable d'inclure des formations permettant d'améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille. On recommande également d'associer les conseils professionnels à l'élaboration du PDRH.

L'organisme fait face à des défis majeurs en regard de la dotation. La pénurie de main-d'œuvre est importante dans plusieurs secteurs d'activités et elle présente une menace pour la continuité des services, la stabilité des équipes et la sécurité des pratiques. On encourage l'organisme à intensifier et diversifier ses stratégies de recrutement et a optimisé les processus de dotation. Plusieurs personnes rencontrées ont témoigné des signes d'épuisement. Il importe de veiller de près sur le climat organisationnel en mettant en place des mesures pour améliorer la situation dans les secteurs les plus affectés.

L'organisme adopte une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail. Une politique en matière de promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail a été élaborée et mise œuvre.

Certains indicateurs permettent de veiller à l'atteinte des résultats relativement au capital humain. On encourage la direction concernée à aller de l'avant avec son projet de tableau de bord plus élaboré et à partager cette information avec l'ensemble des gestionnaires.



Le programme d'appréciation de la contribution n'est pas systématisé dans l'ensemble des secteurs d'activité et nécessite d'être réactivé. De plus, l'organisme n'a pas formalisé un plan de gestion du personnel talentueux. Il prévoit annexer ce volet au programme d'appréciation de la contribution. Nous l'encourageons en ce sens.

Des dossiers de ressources humaines sont tenus pour l'ensemble du personnel, mais il est recommandé d'uniformiser leur tenue. À la direction des services professionnels, les dossiers des médecins sont tenus de manière exemplaire.

Une structure unifiée de gestion des bénévoles a été mise en place et une étroite collaboration est établie avec les comités d'auxiliaires bénévoles. De nouveaux outils de gestion assurent l'harmonisation et la qualité des pratiques d'encadrement des activités de bénévolat. On encourage l'établissement à poursuivre le travail d'amélioration de la tenue des dossiers des bénévoles.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme. 15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés. 15.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers.	 SECONDAIRE SECONDAIRE
16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La direction de la qualité, évaluation, performance et éthique est structurée et les rôles sont bien définis. Divers comités contribuent à mobiliser l'organisation dans la démarche d'amélioration continue (ex : comité de vigilance et de la qualité, comité de la gestion de la qualité et des risques, comité des chefs de normes d'agrément). Des conseils professionnels bien engagés contribuent à la qualité de la pratique (CII, CM, CMDP).

On encourage l'organisme à formaliser un plan intégré d'amélioration de la qualité. Des pratiques d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur devraient être développées. Il importe également que le plan de sécurité des usagers soit déployé. De plus, il est recommandé de réaliser un sondage sur la culture de la sécurité à l'intérieur du présent cycle d'agrément.

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.8 Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.	
2.4 Un code de conduite concernant toutes les personnes qui travaillent pour l'organisme est élaboré et mis en oeuvre.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisme offre un accès à la consultation éthique en s'appuyant sur trois comités d'éthique clinique locaux. Il est prévu de créer un comité d'éthique clinique régional, tout en préservant les groupes de consultations au niveau local. On encourage l'établissement à aller de l'avant dans ce projet. Du travail doit se poursuivre pour faciliter la consultation éthique pour le personnel de toutes les installations.

Les documents d'orientation (codes d'éthique, cadre conceptuel) disponibles actuellement sont ceux émanant des établissements antérieurs. Pour favoriser une approche harmonisée au plan régional, il est recommandé d'élaborer des outils adaptés pour l'ensemble du CISSS.

De nombreuses activités d'information et de formation sur des thématiques reliées à l'éthique sont offertes au personnel. Elles suscitent beaucoup d'intérêt et on y participe en grand nombre.

L'établissement collabore à de multiples projets de recherche. Un processus rigoureux a été mis en place pour assurer l'évaluation éthique des projets de recherche. Il est suggéré de mettre en place un processus de reddition de compte au conseil d'administration sur les projets de recherche en cours.

Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
11.2 La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers sont assurées, conformément aux lois applicables.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'équipe s'est bien structurée pour, premièrement, prendre le temps de comprendre l'état des lieux tant à l'intérieur de son organisation que dans la communauté. Ceci lui a permis de bien identifier les parties prenantes externes qui ont le plus d'intérêts, le plus d'impact potentiel ou le plus de leviers sur la mission de l'organisation et des services à la population.

Ensuite, un plan de communications et des moyens très spécifiques de communications ont été déployés pour faire connaître l'organisation, expliquer la transformation et communiquer clairement la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. On sent clairement la volonté de transparence et d'ouverture avec les publics cibles. La transparence est d'ailleurs une valeur qui a été retenue spécifiquement par le conseil d'administration.

Le plan de communication contient des objectifs clairs de communications, des moyens spécifiques, mais non exhaustifs, les responsabilités et les échéanciers dans le temps. À ce stade-ci, l'efficacité du plan n'a pas été évaluée, mais l'équipe prévoit y faire des ajustements. Un autre défi demeure : celui de mieux alimenter les médias en temps opportun (être plus proactif) pour faire valoir les bons coups.

Des opportunités de rétroactions existent pour alimenter la direction sur l'efficacité et l'amélioration des communications. Elles sont plutôt informelles, en continu à travers les rencontres et échanges, mais l'équipe vise maintenant à structurer davantage l'évaluation des modalités de communications et les contenus pour savoir si celles-ci sont efficaces et si elles répondent à leurs besoins. L'équipe prévoit entreprendre cet exercice à travers des sondages.

Un travail colossal a été réalisé pour rendre accessibles et transparentes les informations (tant administratif que clinique) à l'ensemble de l'organisation. Le décloisonnement et l'intégration des systèmes d'information constituent clairement un levier fort pour permettre à l'organisation d'être plus efficace dans sa compréhension des enjeux, sa prise de décision et son obligation de reddition auprès des parties prenantes. Des projets de modernisation des infrastructures demeurent à être démarrés ou complétés, mais la situation entourant le moratoire des investissements en technologie de l'information décrétée par le ministère limite la capacité d'action de l'équipe. L'équipe devra suivre le tempo du réseau pour certains systèmes d'information.

Bien que l'équipe accorde une importance à la protection de la vie privée et la confidentialité, elle considère que l'organisation peut faire mieux. C'est pour cette raison que des activités de sensibilisation ont eu lieu au cours des deux dernières années, le sujet est traité dans l'intégration des nouveaux employés, les comptes génériques ont été éliminés, la gestion des accès a été revue et une politique sur la journalisation est en voie d'être complétée et sera mise en application sous peu avec la contribution de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Des liens sont aussi faits avec la politique sur la sécurité de l'actif informationnel. Le CISSS est encouragé à poursuivre ses efforts pour améliorer la culture de protection de la vie privée et la confidentialité.

Les politiques sur l'accès à l'information par les usagers sont en place et les processus sont clairs. Très peu de plaintes provenant des usagers à ce sujet ont été notées. Plusieurs mécanismes existent permettant aux gestionnaires de donner accès à l'information ou fournir l'information aux parties prenantes internes et externes et les équipes sont reliées à différents réseaux de connaissance, de pratiques exemplaires et de recherche. Finalement, l'équipe a fait plusieurs travaux avec les pilotes de systèmes, le service des archives et l'équipe médicale (ex. : GMF) pour améliorer la qualité, la validité et la fiabilité des données.

Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.1 L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!
9.3 La santé et la sécurité des usagers sont protégées en tout temps, particulièrement durant les périodes de construction ou de rénovation.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'équipe responsable de l'environnement physique détient plusieurs expertises et a accès à des ressources spécialisées, lorsque nécessaires pour soutenir la mission du CISSS. La planification des investissements suit les orientations et priorités organisationnelles, les programmes de maintien des actifs sont suivis, mais a vécu un certain retard dans la réalisation des projets dans les dernières années. Ce retard est en train de se résorber. Plusieurs composantes de l'approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier sont implantées, des audits sur la vétusté sont réalisés et un guide de gestion de projets immobiliers vient d'être publié.

Il existe des relations étroites avec les équipes responsables des équipements médicaux pour bien coordonner leur remplacement ou nouvelles installations. Il existe aussi, dans certains emplacements, des liens très serrés avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour s'assurer que les usagers soient protégés lors de travaux de construction. Par contre, cette approche collaborative demeure à être implantée à travers l'ensemble du CISSS. L'équipe responsable de l'environnement physique siège sur des comités stratégiques pour faire les liens avec les besoins des services cliniques. Cette coordination semble très efficace.

L'équipe participe à l'identification et à la priorisation des risques organisationnels et s'assure de maintenir les installations sécuritaires au bénéfice des usagers et des autres occupants. Dans la majorité des cas, les emplacements respectent les normes et codes en vigueur. Par contre, des préoccupations particulières ont été soulevées pour les emplacements du CH de Rouyn-Noranda et du CHSLD et URFI de Macamic. Des projets présentement en planification pour ces emplacements devraient répondre aux besoins de mise aux normes.

Les lieux visités étaient propres, bien entretenus et majoritairement non encombrés. Plusieurs projets ont été réalisés au cours des dernières années. Les occupants interrogés ont démontré un haut taux de satisfaction à l'égard du service offert par l'équipe des installations.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.4 De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.	
14.5 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 pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un plan de formation est en cours de déploiement et réalisé à raison de 70-80 %. Elle sera complétée en 2017-18. Le plan de formation couvre les modalités de déclenchement du code rouge, les priorités d'intervention (SABI), les différents codes d'urgence, le panneau incendie, les modalités des autres codes d'urgence (code blanc, noir, gris, etc..) ainsi que les rôles et responsabilités des membres de l'équipe. La formation en mesure d'urgence se donne par installation et est jumelée à un exercice d'évacuation (mise à l'essai). La mise à l'essai des plans d'intervention sera aussi complétée en 2017-18.

Le plan de sinistre et de mesures d'urgence est structuré en échelle de priorisation/gradation (des interventions immédiates à poser sur le terrain, des plans d'évacuation selon les particularités des différents programmes vers les plans spécifiques par MRC). Il est entièrement accessible par iPhone ou iPad via une valise de garde.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'établissement a mis en place une approche systématisée, coordonnée et documentée pour améliorer le cheminement des patients et la congestion des services d'urgence (ex. : comité régional de cheminement clinique des usagers, comités locaux de cheminement des usagers, rencontres quotidiennes de gestion des lits).


Plusieurs initiatives sont réalisées dans la communauté pour agir en amont et en aval des services hospitaliers (ex. : gestion des grands utilisateurs de l'urgence, gestion des usagers en attente d'un niveau de soins alternatifs [NSA], plan de mobilisation en situation d'encombrement du réseau).

Un tableau de bord documente finement le cheminement des usagers et s'avère un outil bien intégré à la gestion (ex. : information quotidienne sur les urgences, carnet de route et indicateurs de suivi).

On encourage l'établissement à poursuivre son travail d'harmonisation des façons de faire pour l'ensemble des hôpitaux et des partenaires locaux.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.8 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre. 9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie. 9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	 PRINCIPAL SECONDAIRE

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'équipe responsable des équipements et appareils médicaux maîtrise les processus de planification pour l'entretien des équipements pendant leur cycle de vie. Les processus d'achat sont réalisés en collaboration avec les équipes cliniques pour s'assurer de suivre les besoins qui répondent aux priorités organisationnelles.

Une attention particulière est portée aux besoins de formation du personnel et des médecins qui seront appelés à utiliser les équipements et appareils médicaux pour s'assurer de sa manipulation adéquate et sécuritaire pour les usagers. Des programmes de formation sont en place, les registres de formations sont consignés et des autorisations d'utilisation des équipements sont fournies. Il existe une bonne collaboration avec les équipes cliniques pour s'assurer de ceci. Chaque équipement possède une autorisation d'utilisation.

Un programme d'entretien préventif a été élaboré. Ce nouveau programme a pour but de réduire les risques de pannes et de maintenir dans le temps les performances des dispositifs médicaux à un niveau proche de celui des performances initiales, en vue d'assurance, une utilisation satisfaisante et sécuritaire. Il est présentement en mode projet et n'est donc pas encore formalisé ou connu par l'ensemble de l'organisation. Le CISSS est encouragé à adopter le programme et à bien le communiquer à l'ensemble des équipes cliniques concernées.

Un nouvel outil est présentement en implantation dans l'ensemble du CISSS. Cette application permettra de mieux outiller les équipes cliniques et les cadres dans la gestion des requêtes, les suivis des demandes de requêtes et les statistiques en lien avec l'entretien préventif des équipements et appareils médicaux.

L'équipe peine à recruter des ressources pour pouvoir combler les postes vacants disponibles. Le manque de ressources cause un retard dans l'entretien préventif et oblige l'équipe à revoir certaines priorités ou routines de travail. Ceci pourrait avoir une incidence sur la sécurité des usagers. Le CISSS est encouragé à identifier des stratégies efficaces de recrutement pour l'équipe du génie biomédical.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

Prévention des infections

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!

1.4	Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5	Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.3	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
6.2	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.5	De l'équipement d'urgence de base est disponible et accessible et une formation à jour en réanimation de base est fournie aux membres de l'équipe.	!
4.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
6.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.	!
6.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
4.9	Un processus est en place pour gérer de façon sécuritaire les complications médicales ainsi que les urgences médicales.	!
8.14	Des politiques et procédures sont en place pour définir, interdire et prévenir l'abus, la négligence, le mauvais traitement et l'exploitation en vertu des lois applicables.	!
8.16	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
9.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	

9.10	Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
11.9	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.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
12.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
12.8	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.	!
13.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
14.2	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.	
14.3	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.	!
14.4	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.	!
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

16.3	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.	!
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
16.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
16.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
16.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le programme en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) s'est doté de partenariats solides incluant les services communautaires pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

L'implication des Centre de la petite enfance (CPE), des centres jeunesse, Vision travail, le réseau de l'intégration à l'emploi, le regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue, la maison Émile-Aurélie (pour entre autres la défense des droits) sont tous autant des parties prenantes et significatives dans les projets individualisés des usagers.

Mentionnons aussi le rôle actif de la supervision clinique donnée par les conseillers cliniques, qui viennent questionner et s'assurer du bon déroulement de l'épisode de soins de l'admission de la personne jusqu'à la fin du service, transition comprise. De belles initiatives cliniques viennent aussi renforcer les services pour qu'ils soient sûrs et efficaces comme le répit spécialisé, la formation aux parents ABC, les dépliants des comités des usagers, le protocole sur les mesures de contrôle et mesures alternatives.

L'unification de la Direction DI-TSA-DP est une plus-value pour la clientèle, mais aussi pour l'ensemble du personnel. L'organisation est invitée à poursuivre dans ce sens, à développer des objectifs spécifiques, à déployer son offre de services avec les usagers et les familles concourant ainsi de plus, à continuer à accroître la mobilisation clinique du personnel.

Processus prioritaire : Compétences

La formation continue pour le maintien des compétences est un enjeu important dans les programmes DP, DI et TSA, compte tenu des services spécialisés dispensés à des clientèles ayant des besoins diversifiés. L'organisation est donc encouragée à se doter d'une structure de formation et de perfectionnement avec l'implication des usagers et des familles, garante du maintien de ces expertises.

Plusieurs intervenants nous ont mentionné leurs besoins de formation afin de les aider à détecter la maltraitance envers la clientèle. Plusieurs formations incontournables en lien avec la gestion des risques sont d'ailleurs prévues au plan annuel de développement des ressources humaines (PDRH).

Des formations spécifiques dédiées aux professionnels ne feront que donner une valeur ajoutée aux compétences des équipes mobilisées, engagées, empathiques et centrées sur la clientèle.

Plusieurs intervenants sont en lien avec les meilleures pratiques grâce au support offert par les services multidisciplinaires. Afin de rehausser les compétences, des groupes d'intérêt régis par discipline apportent partages de connaissances et concertations cliniques. L'établissement est encouragé à favoriser leur déploiement propice à développer les intérêts pour la recherche et les données probantes. Il est d'ailleurs à souligner qu'une recherche est en cours portant sur l'identification et évaluation de modèles de services socioprofessionnels et communautaires afin de dégager des pratiques porteuses soutenant l'autodétermination et la participation sociale d'adultes présentant un TSA ou une DI

Processus prioritaire : Épisode de soins

La direction, les gestionnaires et les intervenants des trois programmes manifestent leur volonté de gérer avec pertinence et efficience les listes d'attente à l'accès de certains services (l'hébergement, l'ICI, ceci dit des solutions comme la mise en place d'un guichet en DI-TSA en 2016 avec ses impacts positifs pour la clientèle, devrait favoriser l'implantation du guichet en DP). Bien que l'implantation du CISSS ait permis, de l'avis des intervenants, une meilleure fluidité du cheminement de la clientèle, le continuum de soins exige encore des questionnements et des révisions de pratiques afin de répondre adéquatement aux différents besoins exprimés par les usagers et leur famille. L'éthique reste aussi un bon outil pour faciliter certaines prises de décision en lien avec ces changements de pratiques ou en lien avec des choix budgétaires.

Le partenariat avec la clientèle est bien ancré, les processus, les politiques sont connus et utilisées par ceux qui accompagnent les usagers dans leurs épisodes de soins. Par contre, l'implication des clients et des familles est à rechercher aux différents niveaux décisionnels afin d'améliorer les politiques, les processus et les services.

L'approche interdisciplinaire est décrite par les usagers et les proches comme une force. De nombreux exemples illustrent des arrimages facilitant le continuum de soins (ainsi les réunions de planification d'admission en visioconférence pour la clientèle — les blessés médullaires, le MFTA-milieu formation et travail adapté...)

L'autonomie et l'autodétermination de la clientèle sont des valeurs affichées et appliquées dans les plans d'intervention par l'ensemble des intervenants dans les trois programmes DP, DI et TSA en démontrant de belles collaborations et relations de proximité.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les notes évolutives dans les dossiers sont à jour selon les différentes disciplines impliquées au dossier et selon les normes de pratique. Le SIPAD est un système adéquat supportant le partage d'informations interdisciplinaires. Par conséquent, l'établissement est encouragé à diminuer le flux des dossiers parallèles et à unifier les dossiers cliniques afin d'éviter de fragmenter les informations et d'assurer une prise en charge globale et sécuritaire des personnes et ceci avec l'apport des usagers et des familles. Des audits de dossiers sont un bon levier pour s'assurer de la fiabilité de la tenue des dossiers et fournir des pistes d'amélioration.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats






L'utilisateur et sa famille sont déjà impliqués dans l'élaboration de leur plan de soins et de services, l'établissement est dorénavant encouragé à déployer l'approche patient partenaire ou toute autre approche favorisant leur participation dans les comités administratifs, cliniques, ou dans les projets de qualité et de développement instauré dans le programme DI-TSA -DP, comme dans tout autre comité siégeant dans le CISSS.

Les gestionnaires des programmes sont encouragés à mobiliser les intervenants dans l'élaboration et le suivi d'indicateurs propices au développement de la culture de la mesure et de l'amélioration de la qualité.

Les équipes sont soutenues dans leurs déclarations des accidents et des incidents, des actions correctives sont prises pour éviter leur renouvellement.

Une belle pratique est à mentionner en termes d'efficacité et de résultats, il s'agit de l'algorithme adressé au dépistage des personnes ayant des troubles graves du comportement, cet outil permet de cerner les besoins de cette clientèle et d'y répondre rapidement.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
<p>2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.3 La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.</p> <p>2.5.5 Les concentrations et les options relatives au volume des médicaments de niveau d'alerte élevé sont limitées et normalisées.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>6.2 Les équipes peuvent accéder à l'information sur les médicaments de niveau d'alerte élevé (ce qui comprend les protocoles en vigueur, les directives, les recommandations relatives aux échelles de dosage, les listes de vérification et les ensembles de modèles d'ordonnances standard) à la pharmacie et dans les secteurs de services cliniques.</p>	<p></p>
<p>7.4 Le CPOE est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.</p>	<p></p>
<p>9.3 La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.</p> <p>9.3.3 Des mesures sont adoptées pour limiter la disponibilité des produits à l'héparine suivants dans les unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'héparine de faible masse moléculaire : l'utilisation de fioles à usage multiple est réservée aux secteurs de soins critiques pour le dosage des traitements; • les produits à l'héparine non fractionnés (dose élevée) : un total supérieur ou égal à 10 000 unités par contenant (par ex., 10 000 unités/1 ml; 10 000 unités/10 ml; 30 000 unités/30 ml) est fourni uniquement à certains usagers lorsque nécessaire; • les produits à l'héparine non fractionnés administrés par intraveineuse (par ex., 25 000 unités/500 ml; 20 000 unités/500 ml) sont fournis uniquement à certains usagers lorsque nécessaire. 	<p></p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>14.7 Une politique qui précise quand les ordonnances verbales et téléphoniques de médicaments sont acceptables et comment il faut les transcrire est élaborée et mise en oeuvre.</p>	<p></p>

- | | | |
|------|---|---|
| 18.2 | Les médicaments sont délivrés dans des emballages à dose unitaire. | ! |
| 23.3 | Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé. | ! |

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Une équipe motivée et dynamique est en place au service de pharmacie. Une chef de service y assure la gestion avec l'aide de 4 adjoints. Malgré une pénurie d'affectif en pharmaciens de près de 40 % pour l'ensemble des installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, plusieurs projets y ont court.

Un projet multidisciplinaire de gestion/réduction de l'utilisation des antimicrobiens pour les infections urinaires est en cours depuis 2016 visant notamment à réduire leur utilisation par l'analyse du profil de résistance par secteur. En plus des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on priorise certains antibiotiques par secteur en fonction de cette analyse épidémiologique. Une démarche similaire est aussi active pour les infections respiratoires. Un bulletin d'information aux médecins diffuse les résultats des données pour promouvoir la réduction de l'utilisation des antibiotiques.

Un projet nommé « Notes du pharmacien- AAPA » s'inscrivant dans le cadre de l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) est aussi en cours et consiste à établir un profil pharmaceutique détaillé aux unités pour les patients âgés de plus de 75 ans ou avec un profil gériatrique. On y retrouve de plus des recommandations en regard de la personnalisation du traitement médicamenteux en fonction des diagnostics en cause. Très apprécié des équipes de soins.

Il a été discuté que la politique sur les médicaments de niveau d'alerte élevée existe et en cours de révision, mais n'est appliquée dans les faits que pour l'insuline et les opioïdes. Elle demeure à poursuivre pour les autres médicaments ciblés par cette liste (exemple : anticoagulants, antiarythmiques, thrombolytiques...).

Il a été discuté que la standardisation des héparines à faible poids moléculaire n'est pas encore complétée. Un tableau d'arrondissement des doses est fait. La démarche est à compléter pour mettre disponible les présentations d'héparine en seringue pour une plus grande sécurité. Par contre, les héparines encore en « vials ou fioles » ont été retirées des unités et sont centralisées dans les cabinets de distribution des médicaments automatisés (accès limités et contrôlés).

Il a été discuté et recommandé de mettre en place un système d'alerte pour les patients qui présentent le même nom ou un nom similaire pour éviter notamment les erreurs d'administration des médicaments (par exemple, alerte sur le dossier et la feuille d'administration de médicament [FADM]).



Il reste encore des présentations de médicaments disponibles en format « vial » ou fioles et la conversion en seringues unidoses est à compléter.

Au CHSLD de Rouyn-Noranda, il a été constaté et discuté que la politique de double vérification n'est pas respectée lors de la préparation de l'insuline des usagers (insuline en « vial » ou fiole multidose). L'infirmière la prépare seul, et cela même si une autre infirmière est disponible dans l'installation.

Il a été discuté et recommandé que la livraison des cassettes de médicaments pour les chariots à médicaments en CHSLD se fasse toujours avec un scellé sur le sac de transport même lorsque ce dernier est livré par un pharmacien.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
2.6 L'équipe de prévention et de contrôle des infections est consultée lors de la planification et de la conception de l'environnement physique; cela comprend la planification des projets de construction et de rénovation.	!
2.7 L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections, ainsi qu'à l'équipe de santé et sécurité au travail afin de s'assurer que les conditions ambiantes optimales prévalent au sein de l'organisme.	
2.10 Les normes applicables en matière de salubrité des aliments sont respectées afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.	!
5.1 Une approche à multiples facettes pour promouvoir les activités de prévention et de contrôle des infections est utilisée dans l'organisme.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
5.3 L'approche à multiple facettes en matière de prévention et de contrôle des infections comprend un programme de formation adapté aux priorités en la matière, aux services et aux populations d'usagers.	!
5.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles doivent participer au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite, selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	!
5.6 L'efficacité de l'approche à multiples facettes pour promouvoir la prévention et le contrôle des infections est évaluée régulièrement, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
6.1 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	!
6.3 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.	!

<p>8.1 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> <p>8.1.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
<p>9.2 Les rôles et les responsabilités sont assignés pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.</p>	
<p>12.2 Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi, l'information recueillie est analysée pour détecter les éclosions et les tendances et cette information est communiquée à l'ensemble de l'organisme.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux emplacements qui disposent de lits et offrent des soins infirmiers.</p> <p>12.2.1 Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) a vécu une transformation majeure depuis la création du CISSS. Elle a su tirer profit des acquis et des meilleures pratiques pour réformer le programme de PCI de façon remarquable. Elle a pris le leadership pour harmoniser l'ensemble des pratiques. Le nouveau programme est présentement en consultation et devrait être adopté sous peu.

L'équipe possède des processus structurés et des indicateurs de gestion leur permettant de prendre les décisions appropriées. Les cibles de performance sont majoritairement respectées et la gestion des éclosions s'est nettement améliorée. La plupart des emplacements visités ont accès à leurs données, mais le CISSS est encouragé à rendre disponible toute l'information à l'ensemble des unités.

L'équipe de PCI s'appuie sur un comité régional et des comités locaux toujours en place dans les installations pour adresser les préoccupations et les solutions en lien avec la PCI. Les ressources semblent très mobilisées et mobilisantes pour les équipes rencontrées. Dans la majorité des emplacements, elles sont « sur le terrain » pour soutenir la culture de PCI.

Un écart a été constaté à certains endroits sur l'attention accordée à la formation auprès des équipes, incluant les bénévoles.

La gestion des éclosions a aussi été revue, ce qui a mené à une nette réduction des événements. La communication avec les gestionnaires est très efficace, les équipes se responsabilisent, l'information circule bien et les attentes sont claires. Même les usagers rencontrés se sentent concernés et participent aux conseils fournis par les équipes.

L'équipe de PCI a des liens très étroits avec les services d'hygiène et salubrité, gestion de projets et génie biomédical, mais dans certains emplacements, la coordination entre les équipes n'est pas présente.


Les activités de surveillance sont toutes conformes aux exigences nationales. Une reddition régulière est faite auprès des autorités compétentes, mais encore, le CISSS est encouragé à rendre disponible toute l'information à l'ensemble des unités.

Les zones grises n'ont pas été clarifiées partout pour assurer un entretien approprié de l'ensemble des petits équipements.

Il existe un programme de lavage des mains, mais on constate des disparités importantes de culture entre les emplacements. L'équipe de PCI comprend le besoin de revoir la stratégie entourant l'hygiène des mains pour faire augmenter le taux de compliance. Il faut être plus créatif pour amener les gens à travailler avec la PCI là-dessus.

Finalement, malgré les efforts remarquables déployés dans la majorité des emplacements, il faut souligner une préoccupation marquée pour certains endroits à répondre aux critères. Plus particulièrement, le CISSS est encouragé à soutenir les centres de réadaptation en DI-TSA-DP et en dépendance d'Amos à implanter les meilleures pratiques.

Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 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.	
2.5 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.	
Processus prioritaire : Compétences	
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.	!
9.8 L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.15 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
8.6 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
8.6.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE

8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		
11.8	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.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
13.2	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.	
13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

15.3	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.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les gestionnaires sont présents quotidiennement sur les unités de soins et offrent un support clinique et administratif aux équipes. L'organisation est encouragée à maintenir les canaux de communication en continu dans la période actuelle de changement.

Tous les intervenants ont à cœur le développement d'un lien thérapeutique avec les usagers pour le mobiliser dans son épisode de soin et limiter les perturbations. On reconnaît plusieurs stratégies déployées pour atteindre ce but.

Le leadership clinique au sein du programme permet l'application des meilleures pratiques et la qualité et sécurité des interventions. Les nombreux comités locaux et régionaux permettent une réponse complémentaire aux services et assurent une communication efficace des différents acteurs pour une réponse rapide aux besoins de la clientèle. Le programme de réadaptation est fort de partenariats solides et complémentaires. L'organisation est encouragée à maintenir ces canaux de collaboration.

L'unification de la DI – TSA – DP est une valeur ajoutée dans l'expertise et la mobilité du personnel. L'organisation est encouragée à poursuivre l'intégration de ces programmes et diffuser une vision claire à long terme aux intervenants pour faciliter leur adhésion et leur mobilisation et aux partenaires pour une complémentarité de services.

Processus prioritaire : Compétences

Le programme a mis en place un processus d'accueil structuré pour tous les intervenants amenés à travailler avec la clientèle. La structure assure un soutien clinique, administratif et adresse la philosophie d'approche. L'accompagnement permet une qualité et une sécurité d'intervention.

Les équipes en réadaptation sont dédiées, mobilisées, empathiques et centrées sur la clientèle. L'approche collaborative avec les partenaires de soins, l'interdisciplinarité et la stabilité des intervenants permet une expertise clinique et un continuum de soins limitant les perturbations au niveau de la clientèle.

Les membres de l'équipe ont accès en continu à plusieurs formations en lien avec les meilleures pratiques, la prévention active et les stratégies d'apaisement. Le programme est doté de leaders cliniques, tels les chefs d'unité, les formateurs Oméga ou l'agent de liaison représentant le service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) qui offrent des conseils cliniques, évaluent les situations à risque et soutiennent les équipes dans l'application de nouvelles stratégies d'intervention. Le programme organise à l'occasion selon les besoins des intervenants des formations sur mesure, par exemple celle donnée par le neuropsychologue sur les atteintes frontales.

L'équipe a le souci de répondre aux besoins des usagers dans leurs interventions. On retrouve une grande créativité dans l'élaboration de stratégies occupationnelles ou d'évitement pour maintenir un environnement immédiat stimulant et sécuritaire pour l'utilisateur et pour les unités. L'apprentissage du langage des signes par les intervenants pour communiquer avec un usager sourd, la modification de l'aménagement d'une chambre pour agrandir l'espace de jeu pour un autre, ne sont que des exemples de réponses aux spécificités de la clientèle.

Les intervenants connaissent bien les procédures à suivre pour les soins et services. L'organisation doit s'assurer de maintenir une communication fluide et modifier les cartables de procédures des intervenants lors d'une modification pour un maintien continu de la qualité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le mode d'admission de la clientèle dans le programme de réadaptation est un modèle de soins centrés sur l'utilisateur. La coordination des équipes de soins avec les partenaires donne un portrait clair de la situation de l'utilisateur et permet l'anticipation des enjeux et l'élaboration d'un plan de transition. La communication entre les partenaires impliqués, avant, pendant et après le séjour du patient permet de limiter la décompensation de la clientèle et assure une qualité et une sécurité d'intervention. L'organisation est encouragée à toujours soutenir cette communication et éviter les messages désorganisés entre les acteurs pendant cette période de transition.

Les intervenants possèdent une culture d'apaisement d'approche positive et de gestion de risques avec la clientèle. Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs actions préventives en impliquant les usagers et les proches et adopter le programme de prévention des chutes pour la clientèle avec une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme et/ou une déficience physique élaborée au sein du CISSS.

Les services sont conçus pour assurer une liberté et limiter les perturbations et restrictions liées à une hospitalisation. L'équipe travaille en interdisciplinarité avec des plans d'intervention vers des objectifs communs, par exemple tentée des mesures alternatives pour éviter les mesures de contrôle. L'organisation est encouragée à poursuivre ses stratégies en évaluant les besoins individuels des usagers et les enjeux collectifs de l'unité de soins.

Les unités du centre de réadaptation DI-TSA-DP d'Amos a été privé de médecin pendant plusieurs mois. Dans une visée de continuum de soins, l'organisation est encouragée à assurer une relève et un remplaçant disponible lorsque le médecin attitré doit s'absenter.

Les usagers et les proches ont souligné lors de notre visite le manque d'activités physiques ou ludiques au quotidien. L'organisation est encouragée à revoir l'offre de service pour inclure des activités thérapeutiques et occupationnelles dans les plans d'intervention.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le comité de gestion élargie pour les troubles graves du comportement, le comité bon client bonne place est une belle pratique de concertation pour orienter la clientèle vers le meilleur service. L'évaluation des besoins de l'utilisateur permet de limiter l'hospitalisation et d'envisager des méthodes alternatives ou la mise en place de services.

Dans une visée d'efficacité et d'accès rapide aux services, la mise en place du guichet unique permet une entrée simplifiée et standardisée des demandes. L'organisation est encouragée à poursuivre ses efforts pour diminuer le délai entre la réception de la demande et l'évaluation du portrait de la situation par le programme de réadaptation.

On retrouve plusieurs stratégies de communication au sein de l'équipe. La proximité des bureaux des intervenants facilite ces échanges. Le tableau des nouveautés observé dans 2 milieux permet à tous les intervenants une connaissance rapide et globale des changements dans le fonctionnement d'un usager et assure une gestion saine des risques.

Le dossier du client est structuré, adapté au portrait et aux besoins de la clientèle et permet un suivi clair des enjeux et des stratégies à adopter avec la clientèle. Celui-ci est visuel et donne un portrait juste, concret et facile à suivre. L'organisation est encouragée à poursuivre pour assurer la mise à jour et l'application en continu des plans d'interventions.

Les gestionnaires revoient les indicateurs de suivi cliniques et s'assurent des besoins de mise à jour des plans d'intervention. L'organisation est encouragée à mettre en place une structure formalisée de revue de contenu pour assurer la qualité des données et la mise à jour en continu.

Les différents secteurs de l'établissement ont des processus clairs de communication sur la santé physique, psychique et sociale de chaque usager. Le transfert d'information assure la sécurité et limite les perturbations de la clientèle. Les intervenants transmettent constamment l'information à toute l'équipe et le client est avisé du changement de responsable lors des pauses ou à la fin de la journée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un gros travail d'harmonisation s'est effectué dans la dernière année et le défi demeure de formaliser, approuver et diffuser les protocoles standardisés et unifiés auprès des intervenants.

Le souci de la sécurité de la clientèle est présent et l'on retrouve une culture de divulgation. L'organisation est encouragée à poursuivre et impliquer les usagers, les proches et les partenaires dans le processus d'amélioration de la qualité et dans la gestion des risques.

L'utilisateur et les proches participent à l'élaboration des plans de traitement. L'organisation est encouragée à déployer l'approche patient-partenaire, en les intégrant graduellement dans les composantes, cliniques et administratives du programme.

L'amélioration continue de la qualité se fait quotidiennement sur les unités par des initiatives de développement. On retrouve quelques fiches préliminaires d'identification de projet, mais cette pratique n'est pas répandue dans le programme. L'organisation est encouragée à formaliser les projets de qualité dans des plans de développement incluant des objectifs, des échéanciers et des suivis. L'implication des proches dans ces projets qualité est également à poursuivre en réadaptation.

Dans une visée d'amélioration de la qualité, la mise en place de lits de répit spécialisés au sein du centre de réadaptation DI-TSA-DP d'Amos est une stratégie gagnante qui permet d'éviter l'hébergement et qui correspond aux besoins de la clientèle et du réseau. L'organisation est encouragée à évaluer les résultats et les impacts de ce mode alternatif de soins.

Un enjeu au centre de réadaptation DI-TSA-DP d'Amos reste d'assurer une connaissance du mandat et de la mission de l'établissement aux partenaires internes et externes. L'appropriation du mandat par les intervenants permettra une cohérence auprès des proches et amènera toute l'équipe à travailler ensemble dans un objectif de planification du congé de l'utilisateur.

Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.6 Les processus et politiques pour répondre aux divers besoins des usagers et des familles desservis sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 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.	
2.5 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.	
2.6 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
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.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
1.10 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.7 L'environnement physique est sécuritaire et confortable et il favorise le rétablissement de l'utilisateur.	
2.8 La sécurité physique des usagers, des familles et du personnel est protégée dans le milieu où les services sont dispensés.	!

7.16	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
8.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
8.6	Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
8.7	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	POR
8.7.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.7.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
8.13	Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
9.10	Les besoins de l'utilisateur en matière d'activités physiques sont appuyés dans le cadre d'une prestation complète des services.	!
9.18	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
9.18.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • 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). 	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		
11.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!

11.8	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.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
13.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.2	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.	
13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	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.	!

15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Nous encourageons l'établissement à développer une stratégie afin de concevoir avec l'apport des clients certains éléments des services en unité de soins.

Nous félicitons l'établissement de son ouverture au congé temporaire et aux permissions de circuler dans les unités de soins.

Nous soulignons la qualité des améliorations qui sont en cours de réalisation ou à venir dans les unités. L'engagement de l'équipe de gestion à des projets d'amélioration pour les usagers est senti lors de la visite.

Nous suggérons à l'équipe de gestion de santé mentale de partager une vision commune de la hiérarchisation des services, des objectifs de chaque service ainsi que le développement d'une culture de la mesure. Cette suggestion doit aussi tenir compte d'une vision sur le rétablissement et le partenariat avec les usagers. Le partenariat avec les organismes du milieu est à poursuivre et à formaliser.

Processus prioritaire : Compétences

Nous encourageons l'établissement à harmoniser une politique des cas de violence en milieu de travail.

Le défi de recrutement et de rétention de personnel en santé mentale est connu et demeure difficile à l'intérieur de l'établissement. Nous encourageons l'établissement à reconnaître un seuil minimum de ressources requises sur les unités afin de ne pas compromettre la sécurité et la qualité des soins. Il est conseillé de garantir sur les unités de soins en santé mentale la présence minimale d'une infirmière pouvant évaluer la condition physique et mentale.

Nous recommandons d'assurer la formation d'interventions sécuritaires en situation d'agressivité tels qu'Oméga ou autre modèle sur toutes les unités de soins et suggérons une harmonisation de cette pratique dans le programme santé mentale.

Nous soulignons l'ouverture du personnel face à l'utilisation de mesures alternatives afin d'éviter la contention et nous suggérons d'instaurer une harmonisation de cette pratique ainsi qu'une évaluation et analyse régulière et formalisée de l'utilisation des contentions.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre de façon proactive la gestion avec l'outil actuel pour les risques suicidaires.

L'expertise en santé mentale est à faire connaître comme une spécialité dans l'établissement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous soulignons la volonté de la direction d'améliorer l'offre de service des unités de soins par les actions qui sont prévues comme des travaux permettant de mettre aux normes des guides d'aménagement de certaines unités de soins. L'unité de soins de La Sarre comporte actuellement des risques pour la sécurité et nous encourageons l'établissement à la prioriser tant au niveau de sa vocation que de son environnement et des pratiques de soins.

Nous encourageons l'établissement à continuer le travail auprès des partenaires internes et communautaires afin de bien communiquer l'offre de service spécialisée des unités de soins.

Nous encourageons la direction santé mentale à définir spécifiquement l'orientation de l'unité de réadaptation et proposons d'évaluer globalement le requis de lits en soins de courte durée pour la population. Nous suggérons de considérer dans les plans la concomitance des problèmes de santé physique et le vieillissement de la population.

Le travail de collaboration visant les multiples problématiques complexes est à poursuivre avec les autres directions.

L'apport des usagers est à intégrer aux travaux à poursuivre.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Nous encourageons l'établissement à adopter une politique et une procédure CISSS concernant l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers. L'application d'un guide à La Sarre ne présente pas les éléments d'une politique.

Nous soulignons les efforts soutenus de communication de la direction concernant les informations de l'établissement et de la direction auprès des équipes favorisant ainsi l'aide à la décision. Nous notons une communication bien organisée dans les équipes interdisciplinaires des unités de Malartic et de Rouyn favorisant la qualité des services.

Nous avons constaté que les dossiers des unités de soins sont complets et bien organiser. Nous proposons de formaliser la présence d'un plan d'intervention fait avec les usagers et les familles.

Nous notons la présence des PTI de qualité aux dossiers.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Nous encourageons l'établissement à se doter de tableaux de bord opérationnel, tactique et stratégique lié aux défis de l'offre de service afin de mesurer les résultats d'amélioration en continu.


Nous soulignons la tenue des sondages de satisfactions et recommandons à l'établissement de se doter d'une vision permettant de recevoir l'apport du client dans l'élaboration des politiques, procédures et processus. Le plan d'action sur la primauté démontre la volonté d'implication de la clientèle dans les projets et nous vous recommandons de le rendre opérationnel. La vision de la pleine citoyenneté et du rétablissement est aussi à faire vivre dans les orientations de la santé mentale.

Nous notons la volonté de la direction santé mentale d'actualiser son plan de réaménagement de l'environnement des unités nécessaire à la sécurité des usagers. Un audit de qualité effectué démontre les enjeux déterminés.

Nous vous conseillons de bien identifier le rôle des unités de soins de courte durée en psychiatrie dans l'établissement ainsi que d'assurer l'harmonisation des critères d'admission et du processus d'admission.

Il est à noter que la mixité des clientèles gériatriques et ayant des problèmes de santé physique requiert des partenariats avec d'autres directions afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins.

Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.4 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7 Des processus et des politiques sont établis afin de répondre aux besoins diversifiés de la communauté, avec l'apport des usagers et familles.	
1.8 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.5 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.	
3.6 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
6.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.15 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
9.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
10.9 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

10.9.1	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.	PRINCIPAL
10.9.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
10.9.3	Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.	PRINCIPAL
10.9.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	PRINCIPAL
12.7	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.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
13.8	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.	!
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.2	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.	
15.3	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.	!
15.4	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.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
16.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
17.3	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.	!
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Il serait pertinent de réviser l'offre d'hospitalisation en soins psychiatriques vers la communauté en implantant des modèles de services dispensés en proximité : infirmières pivots, répondants cliniques, suivi intensif dans le milieu et le traitement intensif bref à domicile.

Il serait approprié de poursuivre les nouvelles stratégies de recrutement mises en place dans un effort concerté de toutes les Directions, tel que déjà amorcé par l'organisation en lançant sa campagne de recrutement pour faire du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue un employeur de choix.

Processus prioritaire : Compétences

La formation et le perfectionnement que l'équipe doit avoir sont définis par les gestionnaires avec leurs membres d'équipe respective. Les usagers et les familles ne font pas encore partie de cette démarche dans l'organisation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un personnel dynamique et dévoué assure les soins et services dans un esprit de collaboration interdisciplinaire solide et des liens forts avec les différents partenaires pour assurer un continuum de services de qualité. L'équipe mise sur les forces des personnes présentant un trouble en santé mentale. Les chefs de service assurent un suivi rigoureux de leurs différents dossiers dans un souci d'amélioration constante de la qualité et une approche centrée sur l'utilisateur.

L'équipe compte sur la collaboration du centre national d'excellence en santé mentale pour le déploiement de différents projets d'amélioration de la qualité ciblés par celui-ci. Nous notons un grand intérêt pour participer à des projets pilotes du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion (CERRIS) et du Centre national d'excellence en santé mentale (CENESM) pour le partage des connaissances. Citons notamment, « à portée de main : les meilleures pratiques de réadaptation axées vers le rétablissement des personnes ».

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue répond aux besoins populationnels de son territoire. Suite aux études réalisées par le Centre national d'excellence en santé mentale, un groupe sur l'anxiété a été mis en place compte tenu de l'incidence de ce trouble dans la population.

Par ailleurs, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue participe, depuis juin 2017, au projet pilote du centre de répartition des demandes de service spécialisé (CRDS) en psychiatrie. Ce projet permet d'augmenter la fluidité de la trajectoire et d'établir une équité intra-territoriale.

Les équipes travaillent en collaboration avec diverses organisations communautaires pour offrir une gamme de services aux usagers et aux proches, particulièrement, des activités d'intégration sociale, de réinsertion dans un milieu de travail, la prévention du suicide, la promotion de la santé ainsi que le soutien d'intensité variable. Certains de ces programmes sont offerts au moyen d'une entente avec le programme de santé mentale et dépendance du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le projet travail mis en place avec la collaboration de la ville d'Amos pour faire vivre une expérience de travail aux personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants à raison de deux demi-journées de deux heures par semaine est une initiative digne de mention.

Le développement des ressources résidentielles pour les personnes présentant un trouble mental sévère reste un défi. Toutefois, plusieurs projets sont en cours ainsi que des appels d'offres.

Les services psychosociaux généraux relèvent de la Direction multidisciplinaire. Un service régional info-social 811 accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 a été mis en place afin de répondre aux besoins psychosociaux de la population pour toute personne vivant une situation de crise.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il existe une politique et procédure sur l'utilisation des communications électroniques, mais les documents ont été plutôt élaborés par les gestionnaires de l'organisation. Il faut noter que des stratégies sont en cours afin d'intégrer les usagers les familles dans de tels processus administratifs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'implication des usagers au sein des différents comités et activités du CISSS devrait être considérée à une plus grande échelle dans l'organisation. Toutefois, il est pertinent de mentionner que l'organisation est sensibilisée à cette approche et manifeste la volonté de franchir l'étape de consultation pour atteindre celle de l'implication systématique des usagers et des familles.

Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
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.	!
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.12 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.6 L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usager si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.	POR
8.7 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	POR
8.7.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision	
12.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	

13.2	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.	
13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.8	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	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.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les services offerts sont révisés avec la contribution des clients et familles pour déterminer si des changements doivent être apportés.

Des ententes contractuelles avec des partenariats d'organismes communautaires, tels que l'Entreprise Économie Sociale, et Agence Code Violet ont été obtenues pour assister la clientèle nécessitant des services pour les activités de vie quotidienne ou soins palliatifs.

Les risques liés à la sécurité du client à domicile sont évalués par les divers intervenants de l'équipe interdisciplinaire afin d'assurer un environnement sécuritaire et éviter des incidents indésirables lors de la prestation de soins pour le client et l'intervenant.

Processus prioritaire : Compétences

Un programme d'orientation structuré assure l'intégration des nouveaux employés qui sont jumelés avec un précepteur. Une grille d'évaluation permet d'évaluer les acquis des connaissances et compétences durant la période d'intégration et de probation.

Depuis 2012, l'organisation participe à un programme de formation de reconnaissance des acquis offerte à l'interne en collaboration avec une commission scolaire pour le recrutement et la formation d'auxiliaires familiales.

L'organisation fait recours à l'utilisation de la main d'œuvre indépendante pour les infirmières et infirmières auxiliaires en raison d'un manque d'effectifs importants pour répondre aux besoins de la clientèle en SAD.

Des formations sur divers sujets (pompes à perfusions, hygiène des mains ; RCR ; PDSB) sont offertes aux employés de façon régulière afin d'assurer la mise à jour des connaissances et compétences requises pour exercer leurs tâches et responsabilités.

Par ailleurs, les plans de formation et de perfectionnement sont déterminés par la direction des ressources humaines avec la contribution des gestionnaires. Les usagers et familles ne sont pas consultés et ne participent pas dans ce processus.

Il existe une politique pour l'évaluation de rendement du personnel aux 2 ans. Toutefois, selon le personnel rencontré, les rencontres pour les évaluations n'ont pas été effectuées de façon systématique à travers les emplacements visités. Certains gestionnaires sont nouvellement dans leurs postes et la démarche a été initiée. L'organisation est encouragée à poursuivre leurs efforts pour atteindre l'objectif.

La reconnaissance des employés est soulignée lors des départs à la retraite et pour les années de service. Dans certains emplacements, les chefs de service organisent des activités de reconnaissance durant l'année pour leurs employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les demandes de services pour soins à domicile (SAD) proviennent de divers secteurs : hôpitaux, GMF, cliniques privées, pharmacie communautaire, organismes communautaires, ainsi que les familles et usagers. Une équipe dédiée au guichet SAD assure que les demandes reçues sont évaluées et une priorité est accordée selon des critères bien établie pour répondre aux demandes.

Les évaluations des clients effectuées par les divers intervenants cliniques de l'équipe interdisciplinaire sont faites selon une approche englobant les volets de l'état de santé physique et psychosocial du client. La participation des clients et familles est sollicitée lors de cette démarche. L'équipe interdisciplinaire se réunit selon les besoins particuliers des clients. Les employés de l'équipe interdisciplinaire rencontrés sont engagés, motivés, et ont le souci du bien-être du client au centre de leurs préoccupations.

Par ailleurs, les intervenants de l'équipe interdisciplinaire se retrouvent dans 2 différents emplacements (Rouyn-Noranda et Pie IX) en raison d'un manque de locaux. Selon les personnes rencontrées, un rapprochement des intervenants dans un même emplacement éviterait les pertes de temps occasionnées par les déplacements pour voyages et une optimisation de la gestion du temps.

Un projet d'harmonisation des critères de priorisation pour les services en réadaptation a été initié par la Direction des Services multidisciplinaires selon les meilleures pratiques et le benchmarking.

Le dépôt de ce projet à une table régionale est prévu prochainement.

Des ententes de service avec des agences et organismes communautaires permettent d'assurer la continuité des services pour répondre à un besoin du client dont l'équipe n'est pas en mesure d'offrir ; soit la présence d'une ressource de nuit pour un client en soins palliatifs ou en soins de fin de vie.

Pour les dilemmes de nature éthique, les membres de l'équipe ont accès à un comité d'éthique qui assure un suivi rapide à leur demande.

Dans les dossiers consultés, il y a un outil pour les interventions multifactorielles personnalisées qui est complété par la thérapeute en réadaptation physique et une grille de risque de chute complété par l'infirmière pour la clientèle à risque de chute.

Une révision du programme de chutes au niveau régional est prévue afin d'assurer une approche visant l'harmonisation des pratiques à travers les sites. Au CLSC Ville-Marie, la grille d'identification des risques ISAR est utilisée à l'urgence de Ville-Marie, mais les résultats ne sont pas communiqués au guichet unique AEOR, et ce depuis plusieurs mois, afin que la clientèle soit prise en charge et obtienne réponse à ses besoins. Nous encourageons l'organisation à mettre en place un programme structuré et un processus d'évaluation pour assurer le suivi des chutes.

Selon le personnel rencontré et les dossiers consultés, aucun BCM n'est effectué aux différents points de transition auprès de la clientèle de soins à domicile. Aucune procédure de BCM élaboré. Nous encourageons l'organisation à mettre en place le déploiement du BCM dans ce secteur.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les divers intervenants assurent la confidentialité de l'information contenue dans le dossier du client. Il existe 2 dossiers en parallèle pour les soins à domicile, soit un dossier papier et une partie du dossier informatisé avec certains outils tels que l'OEMC, PII, et PTI, et les notes des professionnels. L'accessibilité aux notes informatisées et aux notes papier permettent aux intervenants de les consulter selon le besoin pour assurer la continuité des soins selon le plan d'intervention et si un changement est constaté dans l'état de santé du client. Toutefois, le dossier actif pour les soins à domicile n'est pas le dossier complet du client qui se retrouve aux archives. L'organisation est encouragée à poursuivre leur démarche pour le déploiement éventuel du dossier patient informatisé afin d'avoir un seul dossier patient.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il n'existe pas de procédure où les clients et familles sont sollicités pour leur participation dans le choix des lignes directrices. L'organisation est encouragée à mettre en place des stratégies favorisant un apport accru des clients et des familles.

Les usagers et familles ne participent pas dans l'évaluation des projets d'améliorations de la qualité. L'organisation est encouragée de favoriser leur contribution.

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles.	!
3.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.17 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
4.5 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec l'usager ou le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
8.8 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
8.8.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	PRINCIPAL
8.8.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	PRINCIPAL
8.18 S'il y a lieu, un plan individualisé de soins palliatifs et de soins de fin de vie est mis au point pour chaque résident en partenariat avec le résident et la famille.	
9.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	POR

9.2.1	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.	PRINCIPAL
9.6	Une politique visant à réduire le plus possible le recours aux contentions est en place et suivie par l'équipe.	!
9.10	L'accès des résidents aux services dentaires est facilité par l'équipe.	
11.1	Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Leadership clinique		

L'information recueillie par les divers sondages de satisfaction dispensés auprès de la clientèle est mise à profit afin de réaliser des actions d'amélioration continue du milieu de vie. La création et le suivi de ces plans d'action sont effectués avec l'apport des comités de résidents et milieu de vie de chaque centre.

Les liens étroits avec les comités de résidents permettent l'identification de préoccupations recueillies de façon informelle auprès des résidents et des familles. Le personnel d'encadrement en est saisi et peut ainsi procéder à l'application des mesures correctrices requises.

L'établissement est encouragé à poursuivre ces pratiques qui lui permettent de travailler activement à répondre aux besoins réels de sa clientèle en termes de qualité, sécurité et de milieu de vie.

L'organisme est à féliciter pour son initiative de partenariat avec une entreprise d'économie sociale afin d'animer le milieu de vie des résidents dans un centre de petite taille.

Processus prioritaire : Compétences

L'établissement présente une grande variété de formations disponibles afin de permettre aux intervenants de développer leurs compétences et ainsi d'implanter les meilleures pratiques auprès de la clientèle. Il est encouragé à poursuivre dans cette voie. Les cours d'anglais offerts sur une base volontaire aux employés sont à souligner comme une excellente pratique. La libération du personnel pour permettre l'actualisation du plan de développement des compétences demeure toutefois un défi.

Une approche collaborative et interdisciplinaire impliquant le résident et sa famille est utilisée. Les membres de l'équipe présentent un bel esprit d'entraide afin de répartir la charge de travail équitablement entre eux. L'équipe est encouragée à poursuivre l'intégration de ses compétences de collaboration et à développer des moyens formels pour apprécier son fonctionnement afin d'améliorer ses pratiques.

Les pratiques de reconnaissance appliquées par les gestionnaires sont appréciées des équipes. Ces initiatives sont à poursuivre.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le résident et sa famille sont accueillis au sein de milieux où les membres de l'équipe adoptent une attitude chaleureuse, respectueuse et empreinte de transparence. Les divers intervenants se montrent engagés et dédiés au bien-être de la clientèle.

L'accueil du résident et de sa famille est bien structuré et facilite l'adaptation au nouveau milieu de vie. Une pochette d'information complète est remise au résident et sa famille. Des explications claires, qu'il est en mesure de comprendre, lui sont données et une validation de sa compréhension est faite. Du soutien psychosocial est offert au besoin.

Les milieux de vie offrent aux résidents des activités de loisirs et spirituelles enrichissantes, créant un milieu animé et agréable. Les repas se prennent dans une ambiance familiale et normalisante, en salle à manger, avec un service sur place stimulant l'appétit par ses odeurs et favorisant les choix des résidents au moment même de l'activité.

L'équipe adopte une approche collaborative et interdisciplinaire, accompagnant le résident dans l'identification de ses attentes et de son projet de vie. Elle intègre le résident et sa famille dans la conception des plans de soins et services individualisés, qui sont réalisés annuellement.

L'établissement est encouragé à poursuivre l'amélioration de l'évaluation des besoins du résident en soins palliatifs et fin de vie, en enrichissant cette démarche par une collaboration interprofessionnelle et en la consignait au dossier sur un plan d'intervention interdisciplinaire.

L'organisme a commencé le déploiement de plusieurs meilleures pratiques concernant la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence, l'approche en soins palliatifs, l'utilisation des mesures de contrôle en dernier recours, la détection des situations possibles de maltraitance et la prise en charge des résidents à risque suicidaire. Il est encouragé à poursuivre l'harmonisation des pratiques et à consolider les diverses approches.

L'établissement a commencé dans certains centres un processus formalisé de mobilisation de la clientèle, par des activités de marche régulière, favorisant le maintien de l'autonomie. L'organisme est encouragé à déployer cette excellente pratique sur tous les sites d'hébergement de longue durée de l'organisation.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme a élaboré des politiques, programmes ou protocoles qui supportent adéquatement le personnel clinique dans la prise de décision. Dans les dossiers consultés sur les divers sites, il y a présence systématiquement de la grille de dépistage des risques de chutes et de l'échelle de Braden.

Selon la pertinence, des outils sont disponibles tels que la grille d'observation des symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence, qui permettent à l'équipe de cerner les problématiques, d'en analyser les causes et rendre des décisions cliniques plus centrées sur les besoins réels du résident. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation de ces meilleures pratiques.

Les membres de l'équipe ne sont pas dépourvus face aux questions éthiques. Ils ont reçu une formation sur le sujet leur permettant de les aborder en interdisciplinarité. Dans les situations où la résolution du problème éthique n'apparaît pas, les membres connaissent la procédure pour adresser les préoccupations au comité de bioéthique. L'organisme est félicité de cette belle initiative.

L'établissement est encouragé à être créatif afin de solliciter l'apport des résidents et des familles dans divers critères reliés à ce processus.


Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs indicateurs de qualité sont suivis périodiquement et analysés afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés au résident. Ces indicateurs se présentent sous diverses formes telles que par exemple : les taux de plaies de pression, mesures de contrôle, chutes, les avancées des plans d'action suite aux visites ministérielles, les compilations des résultats des sondages de satisfaction et d'audits. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation de cette culture de la mesure et à la structurer de façon à en faciliter le suivi. L'organisme a une opportunité de consultation auprès des comités des résidents qui sont très mobilisés face à l'amélioration des soins et services.

L'établissement est encouragé à poursuivre la sélection des meilleures pratiques et leur mise en œuvre dans l'ensemble des milieux de vie.

Les incidents liés à la sécurité des résidents sont déclarés et divulgués selon la politique en vigueur et consignés dans le dossier du résident. Ils sont analysés pour apporter des améliorations. Cette culture de déclaration/divulgateion est bien implantée en CHSLD et l'organisme est encouragé à la renforcer.

Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
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.	!
5.9 L'équipe reçoit de la formation sur les modes de vie sains et l'abandon du tabagisme.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
9.10 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
9.10.1 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.	PRINCIPAL
9.10.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision	
11.4 Les usagers peuvent accéder à l'information dans leur dossier, y compris les dossiers médicaux et de santé électroniques, d'une manière systématique et centrée sur l'utilisateur, et ce, en temps opportun.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	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.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le siège social du centre de réadaptation en dépendance du CISSS Abitibi-Témiscamingue, jadis le Centre Normand, est situé à Amos. Des points de services sont implantés dans chacune des 5 MRC de l'Abitibi-Témiscamingue.

Inspirée du nouveau Plan d'action interministériel en dépendance 2017-2027 du Ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que d'une vaste consultation régionale, en septembre 2016, sur l'offre de service en santé mentale et dépendance, la direction des programmes santé mentale et dépendance est en révision de leur structure pour mieux orchestrer l'offre de service et entreprendre les transformations cliniques requises. Une démarche de structuration et de formalisation des processus administratifs et cliniques est engagée au programme de dépendance afin de permettre une plus grande appropriation des mandats, l'implantation des niveaux de services, l'implication des partenaires, ainsi qu'une planification des services optimisée. Cette démarche s'inscrit à l'intérieur d'une grande préoccupation d'accessibilité, de coordination, d'intégration et de continuité des services. Nous encourageons l'organisation à poursuivre ses initiatives d'harmonisation des services tout en étant vigilante aux enjeux de cloisonnement de services.

D'énormes avancées ont été réalisées au cours de la dernière année. Nous encourageons l'organisation à poursuivre ses travaux de consolidation et de soutenir la mise en place de services répondants aux besoins évolutifs de la population.

Les équipes des MRC connaissent bien les problèmes en dépendance des communautés. La mutation de personnes ayant des problématiques de dépendances vers certaines zones de la mission du CISSS sera à surveiller afin de bien définir les priorités de services et les besoins de la population.

Les partenariats avec les organismes communautaires sont robustes. Ces derniers jouent un rôle capital dans la prestation des services de première ligne en dépendance et la continuité des collaborations est favorisée. Il sera important de s'assurer que le personnel des organismes communautaires et des écoles soit bien formé aux outils de détection.

Plusieurs mécanismes de collaboration existent, mais des efforts soutenus devront être poursuivis pour s'assurer d'une dispensation globale et complémentaire avec les autres services requis par les usagers.

L'organisation des services englobe des initiatives porteuses notamment, le programme d'accompagnement justice, le projet de regroupement de la santé mentale et dépendance à Amos, les équipes de proximité, l'équipe de rupture sociale et les hébergements, l'implication avec les communautés autochtones, le travail conjoint aux postes de police, etc. L'organisation est encouragée à faire le suivi qualitatif de la mise en œuvre de ses initiatives et projets.

Le siège social du centre de réadaptation en dépendance du CISSS Abitibi-Témiscamingue, jadis le Centre Normand, est situé à Amos. Des points de services sont implantés dans chacune des 5 MRC de l'Abitibi-Témiscamingue.

Inspirée du nouveau Plan d'action interministériel en dépendance 2017-2027 du Ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que d'une vaste consultation régionale, en septembre 2016, sur l'offre de service en santé mentale et dépendance, la direction des programmes santé mentale et dépendance est en révision de leur structure pour mieux orchestrer l'offre de service et entreprendre les transformations cliniques requises. Une démarche de structuration et de formalisation des processus administratifs et cliniques est engagée au programme de dépendance afin de permettre une plus grande appropriation des mandats, l'implantation des niveaux de services, l'implication des partenaires, ainsi qu'une planification des services optimisée. Cette démarche s'inscrit à l'intérieur d'une grande préoccupation d'accessibilité, de coordination, d'intégration et de continuité des services. Nous encourageons l'organisation à poursuivre ses initiatives d'harmonisation des services tout en étant vigilante aux enjeux de cloisonnement de services.

D'énormes avancées ont été réalisées au cours de la dernière année. Nous encourageons l'organisation à poursuivre ses travaux de consolidation et de soutenir la mise en place de services répondants aux besoins évolutifs de la population.

Les équipes des MRC connaissent bien les problèmes en dépendance des communautés. La mutation de personnes ayant des problématiques de dépendances vers certaines zones de la mission du CISSS sera à surveiller afin de bien définir les priorités de services et les besoins de la population.

Les partenariats avec les organismes communautaires sont robustes. Ces derniers jouent un rôle capital dans la prestation des services de première ligne en dépendance et la continuité des collaborations est favorisée. Il sera important de s'assurer que le personnel des organismes communautaires et des écoles soit bien formé aux outils de détection.

Plusieurs mécanismes de collaboration existent, mais des efforts soutenus devront être poursuivis pour s'assurer d'une dispensation globale et complémentaire avec les autres services requis par les usagers.

L'organisation des services englobe des initiatives porteuses notamment, le programme d'accompagnement justice, le projet de regroupement de la santé mentale et dépendance à Amos, les équipes de proximité, l'équipe de rupture sociale et les hébergements, l'implication avec les communautés autochtones, le travail conjoint aux postes de police, etc. L'organisation est encouragée à faire le suivi qualitatif de la mise en œuvre de ses initiatives et projets.

Le service de traitement de la dépendance aux opiacés est à souligner. Notons, une accessibilité unique et une qualité de services de deuxième ligne.

L'amélioration de la trajectoire de services en dépendance demeure un défi constant pour l'organisation.

Le service de traitement de la dépendance aux opiacés est à souligner. Notons, une accessibilité unique et une qualité de services de deuxième ligne.

L'amélioration de la trajectoire de services en dépendance demeure un défi constant pour l'organisation.

Processus prioritaire : Compétences

Les Centres de réadaptation en dépendance dispensent ses services de manière de plus en plus structurée autour d'une démarche portée par des équipes interdisciplinaires dont les rôles sont définis et évoluent en fonction des phases de traitement dans une perspective de continuité.

Une attention particulière est portée à l'orientation du personnel.

Les formations pour le développement des compétences spécifiques en dépendance sont en voie de développement en lien avec les transformations de services, les besoins exprimés, les opportunités et les ressources disponibles. Les membres du personnel des équipes ont un souci manifeste de développer leurs compétences ainsi que leurs complémentarités et plusieurs initiatives personnelles ou d'équipes sont à souligner en ce sens. En l'occurrence, on souligne l'implication du chef de service en dépendance de la MRC de la Vallée de l'Or et de l'Abitibi ainsi que l'implication de l'agent de planification, de programmation et de recherche à cet égard. Les intervenants et professionnels sont très engagés à offrir des services cliniques de fine pointe. On souligne également la contribution exceptionnelle au transfert de connaissances du médecin œuvrant à la clinique régionale du traitement des opioïdes. Les équipes sont encouragées à poursuivre en ce sens, car un défi important de maintien et de développement des expertises en dépendance demeure entier. En l'occurrence, nous encourageons l'organisation à poursuivre ses efforts à déployer des formations spécifiques en dépendance répondant aux besoins multiples et émergents de ses clientèles. Ainsi, des formations sur des modules de compétences de base cliniques notamment sur la toxicomanie, critères de l'ASAM, sur les troubles concomitants, évaluation,

intervention et rédaction de rapport lors de risque suicidaire, formation sur le jeu pathologique seraient des incontournables pour le développement des habiletés.

Le travail interdisciplinaire est bien établi avec des rôles distincts. Dans plusieurs emplacements, les descriptions de tâches méritent d'être revisitées en concordance avec les transformations en cours et en devenir. L'ajustement et une bonne connaissance des rôles et responsabilités de chacun permettraient d'optimiser le travail clinique.

Des réunions d'équipe permettent l'échange et la discussion de cas visant l'élaboration du plan d'interventions. Les équipes sont encouragées à se doter d'un processus structuré pour évaluer son fonctionnement et ainsi apporter des améliorations et les évaluer au-delà des ajustements informels qui existent déjà.

Le rendement des membres des équipes est évalué régulièrement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accessibilité aux services en dépendance pose des défis. Les portes d'entrée aux services en dépendance sont diversifiées : soins primaires, incluant CLSC et médecins de famille, services entourant l'alcool au volant, les organismes communautaires en réduction des méfaits, les groupes d'entraide, les urgences, le guichet d'accès en santé mentale, le système de justice... Ainsi, la mise en place d'une infirmière de liaison est une mesure qui a permis de mieux répondre aux besoins des clientèles aux prises avec une dépendance.

La direction des programmes en dépendance fait le constat de la nécessité d'harmoniser les pratiques d'évaluation spécialisée en dépendance. Cette harmonisation devrait viser tout le continuum de services. Cela est d'autant plus important dans un réseau intégré de services. Ainsi, il serait important que la même famille d'outils d'évaluation soit déployée en première et en deuxième ligne, minimalement pour la détection ou l'évaluation en vue d'une orientation, de manière à assurer un meilleur accès aux services et une meilleure cohérence dans l'intervention. Ce processus doit être cohérent et les résultats doivent être utilisables, peu importe le lieu d'intervention dans le CISSS.

Certains outils existent déjà et sont utilisés pour la référence vers les services en dépendance de manière à viser un système de référence harmonisé. D'importants travaux de déploiement d'une nouvelle batterie d'outils d'évaluation spécialisée soit le GAIN ont été réalisés. Des efforts importants ont été consentis pour former le personnel à l'utilisation de ces outils d'évaluation.

Nous encourageons les dirigeants à poursuivre leurs travaux d'optimisation reliés à l'accès aux services, en impliquant les employés, les partenaires communautaires, les usagers et les familles.

Les usagers signent un formulaire plutôt relatif à un code de vie. Le formulaire actuellement utilisé dans les différents emplacements ne traduit pas la notion de consentement éclairé.

L'implantation du suivi systématique de la clientèle demeure un enjeu prioritaire pour les programmes.

L'évaluation du risque suicidaire est bien implantée. Le programme de formation à l'évaluation des personnes présentant un risque suicidaire est digne de mention. La gestion des risques pour la clientèle est supportée par l'ensemble des équipes. Des améliorations sont en projet d'étude.

Les équipes font preuve d'ingéniosité pour assurer des suivis ou renforcer des liens avec les partenaires de la communauté. Il existe des processus de transmission de l'information clinique, mais ils ne sont pas standardisés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes tiennent un dossier précis et accessible et ont des moyens de communication pour s'assurer d'une information adéquate et partagée pour chaque client.

L'information clinique est disponible facilement pour les intervenants, dans certains cas par dossier électronique. Il serait opportun d'élargir l'implantation d'un dossier centralisé afin d'éviter les dossiers parallèles. L'organisation est encouragée à poursuivre ses efforts de centralisation afin de s'assurer qu'il n'y ait qu'un seul dossier usager.

De plus, il est à noter que les dossiers des usagers de tous les points de services en dépendance sont conservés et entreposés aux archives du Centre de réadaptation en dépendance d'Amos, jadis Centre Normand, et ne sont pas sous la responsabilité des archives du CISSS. En tenant compte que cet emplacement fait partie de la Direction santé mentale et dépendance, il serait primordial que l'accessibilité aux dossiers respecte les critères d'accès à l'information.

Les équipes respectent les lois sur la protection de la vie privée et la confidentialité.

Un processus de gestion de la qualité des dossiers a été mis en place et appliqué rigoureusement par le personnel d'encadrement. Ce processus permet de garantir un respect des processus cliniques et de ses échéanciers.

Le personnel a accès aux politiques et procédures électroniques. Ceci facilite l'accès et crée des liens entre les directives et les procédures approuvées par le CISSS.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les processus de gestion des risques et des événements indésirables sont connus, analysés et permettent ainsi une amélioration de la qualité des services.

Les sondages de satisfaction de la clientèle ne se réalisent pas de façon systématique dans tous les emplacements.

Pour poursuivre et consolider son leadership en dépendance, l'organisation est encouragée à développer une stratégie intégrée d'évaluation de la performance clinique, des programmes/services administrative, et d'en faire connaître les résultats aux usagers, à leurs familles et proches, aux intervenants et aux partenaires. L'organisation est encouragée ensuite à intégrer ces données pour une meilleure définition des programmes et services.

Compte tenu de son expérience acquise et de la spécificité des approches en dépendance, l'organisation est encouragée à s'associer à des chercheurs universitaires pour profiter de l'expertise des travaux et favoriser ainsi la comparabilité des données.

Commentaires de l'organisme

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

Dans un premier temps, nous aimerions remercier les visiteurs pour leurs commentaires et leur appréciation des nombreuses normes évaluées. Leur contribution et leurs connaissances ont été précieuses lors de la visite et les équipes ont pu bénéficier d'une équipe solide et d'expérience. C'est un privilège pour une organisation et nous désirons vous en remercier.

Par ailleurs, nous sommes heureux des commentaires émanant de ce rapport démontrant la reconnaissance du travail continu d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans notre organisation ainsi que les pistes d'amélioration. Ceci constitue une façon stimulante, respectueuse et significative afin de reconnaître le travail de toutes les personnes œuvrant au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue et de disposer d'orientations en terme d'amélioration continue.

L'ensemble du processus d'agrément demeure pour nous un levier important d'amélioration continue des services offerts à la population du territoire. Ce rapport reflète bien notre réalité, nos grandes forces et nos réalisations dans une nouvelle organisation qu'est le CISSS depuis 2015. Le processus étant continu, nous serons en mesure d'apprécier l'évolution de notre organisation en termes d'amélioration continue et pourrons en évaluer le cheminement dans la démarche. En effet, toutes les équipes ont travaillé fort pour améliorer la sécurité de nos services et la qualité dans un contexte d'harmonisation, de transformation et de changement. Ce travail étant déjà amorcé, reste maintenant à le poursuivre.

Ces résultats renforcent les efforts soutenus jusqu'ici et notre sentiment d'avancement dans la consolidation d'une culture axée sur la qualité et la sécurité. Les défis proposés apportent un souffle nouveau à notre cheminement et serviront par la même occasion de levier pour poursuivre les objectifs continus que nous nous étions fixés. Soyez assurés de notre engagement à donner suite aux améliorations proposées.

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 de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite 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 15 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 organismes clients 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 quatre 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.

Annexe B - Processus prioritaires

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.