ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Rouyn-Noranda, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 9 au 14 juin 2019

Date de production du rapport : 30 septembre 2019

Au sujet du rapport

Le 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 juin 2019. 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.

© Agrément Canada 2019

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 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

Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 4

Analyse selon les normes 5

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 6

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 9

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises 11

Résultats détaillés de la visite 13

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires 14

Processus prioritaire : Gouvernance 14

Processus prioritaire : Planification et conception des services 16

Processus prioritaire : Gestion des ressources 18

Processus prioritaire : Capital humain 19

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 21

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes 24

Processus prioritaire : Communication 26

Processus prioritaire : Environnement physique 28

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence 29

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes 31

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux 33

Résultats pour les normes sur l'excellence des services 36

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service 36

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service 41

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service 43

Résultats des outils d'évaluation 46

Outil d’évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) 46

Annexe A - Programme Qmentum 50

Sommaire

Le 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 et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 9 au 14 juin 2019**

- **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-Hôpital d'Amos
  2. LS-Hôpital de La Sarre
  3. RN-CLSC de Rouyn-Noranda, pavillon Youville
  4. RN-Hôpital de Rouyn-Noranda
  5. TK- Centre multiservices (CH-CLSC-CHSLD)
  6. VD-Hôpital de Val-d'Or
  7. VM-Centre multiservices (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. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
  6. Santé publique - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

  1. Outil d’évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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.)	55	1	1	57
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	182	19	15	216
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	60	5	3	68
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	24	6	2	32
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	255	16	13	284
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	0	2	32
Total	**624**	**47**	**37**	**708**

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	47 (100,0%)	0 (0,0%)	3	28 (93,3%)	2 (6,7%)	6	75 (97,4%)	2 (2,6%)	9
Leadership	46 (97,9%)	1 (2,1%)	3	83 (90,2%)	9 (9,8%)	4	129 (92,8%)	10 (7,2%)	7
Prévention et contrôle des infections	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	66 (95,7%)	3 (4,3%)	2
Gestion des médicaments	67 (91,8%)	6 (8,2%)	5	55 (91,7%)	5 (8,3%)	4	122 (91,7%)	11 (8,3%)	9
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	78 (91,8%)	7 (8,2%)	3	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	115 (92,0%)	10 (8,0%)	3
Santé publique	41 (95,3%)	2 (4,7%)	4	63 (94,0%)	4 (6,0%)	2	104 (94,5%)	6 (5,5%)	6
Total	**316 (94,3%)**	19 (5,7%)	18	295 (92,8%)	23 (7,2%)	18	611 (93,6%)	42 (6,4%)	36

* 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	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	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 : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	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	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	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)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

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.

Depuis la création du CISSS en 2015, une nouvelle structure a été implantée pour favoriser une meilleure intégration des services sur le plan clinique et pour mieux répondre aux besoins de la clientèle tout au long de la trajectoire de services. L'harmonisation des pratiques dans un nouvel établissement qui regroupe différentes cultures organisationnelles et plusieurs approches d'intervention constitue un enjeu organisationnel. La réalisation de cet objectif stratégique s'actualise peu à peu. Le défi se situe maintenant au niveau de la coordination des différentes actions dans l'ensemble des directions, et ce, de manière transversale. Les corridors de service avec les centres tertiaires sont bien établis et une prise en charge rapide est observée dans les cas critiques. La situation est variable d'un territoire à l'autre. Les liens avec les partenaires, les usagers et les familles sont solides, mais tout comme les intervenants et les bénévoles, ils déplorent le manque d'effectifs et le mouvement de personnel qui compromettent l'accessibilité et la continuité des services. Les intervenants ont appris à « unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici » comme le dit si bien la vision de l'organisation. Dans ce contexte, la continuité des trajectoires de services est améliorée, mais fragilisée par la pénurie de main-d'œuvre.

La culture de gestion de la qualité et des risques est présente à partir du conseil d'administration jusqu'aux intervenants sur le terrain. Les équipes sont mobilisées par les projets d'amélioration de la qualité et soucieuses de baser leur pratique sur des données probantes. Une culture de déclaration et de divulgation est en place. Les équipes utilisent ce levier dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Les projets sont priorisés ce qui est bien dans le contexte de rareté de ressources humaines et financières. L'établissement aurait avantage à se doter de mécanismes et d'outils pour impliquer davantage les équipes afin d'atteindre des objectifs organisationnels stratégiques. La mise en place de salles de pilotage, par exemple, permettrait aux employés de suivre l'avancée des travaux à l'aide d'indicateurs significatifs pour eux.

Au niveau des équipes cliniques, le partenariat avec l'usager et sa famille dans ses soins et services est un acquis. Toutefois, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs reste à développer. Une politique sur l'implantation de l'approche usager partenaire est sur le point d'être adoptée par le conseil d'administration. Une formation, un guide d'implantation et un « coffre à outils » sont aussi proposés pour soutenir les équipes dans le déploiement de cette approche. Les expériences vécues où l'on a eu recours à des usagers partenaires ont été très positives pour tous. L'un des projets a permis l'harmonisation des heures de visites tandis que d'autres initiatives portaient notamment sur la transformation des services en santé mentale et en dépendance. Les équipes offrent des soins personnalisés dans une approche humaine et respectueuse des usagers. Une grande satisfaction de la clientèle est observée envers les intervenants et l'équipe médicale. Nous avons observé une grande sensibilité des équipes et de la haute direction pour adapter l'offre de service à la réalité culturelle des Premières Nations.

Les dirigeants de l'établissement ont une lecture juste des avancées, des succès et des défis de l'organisation.

Depuis la dernière visite de 2017, nous avons pu constater que différentes directions ont émis des lignes directrices et de la documentation pour informer les intervenants des pratiques organisationnelles requises (POR). Toutefois, nous observons que ces bonnes pratiques ne sont pas nécessairement toutes appliquées sur le terrain bien que nous notions une légère amélioration dans les secteurs visités. Pour une même pratique organisationnelle requise, il existe des différences notables entre les sites. Nous encourageons fortement les équipes à s'approprier ces pratiques pour assurer des soins sécuritaires, et ce, dans l'intérêt des usagers. Leur mise en œuvre est garante de la sécurité des usagers. L'établissement devra donc y porter une attention particulière afin de les consolider.

L'équipe visiteuse tient à souligner l'enthousiasme et l'engagement du personnel rencontré. La fierté manifeste que toutes les équipes laissent présager d'une préoccupation constante pour les usagers et l'amélioration de la qualité des services offerts à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

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	
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.	· Leadership 15.7
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
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.	· Gestion des médicaments 9.3

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
Sécurité liée aux narcotiques La disponibilité des produits narcotiques est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne soient pas entreposées dans les unités de soins.	· Gestion des médicaments 9.4
Programme de gérance des antimicrobiens Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.	· Gestion des médicaments 2.3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
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.	· Leadership 9.8

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.

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
POR	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		
11.3	Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
11.4	Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.	

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

Les membres du conseil d’administration sont déterminés et engagés à offrir des soins et services de santé de qualité pour leur région. Ils souhaitent assurer pleinement leur leadership.

La vision «?Unir nos forces vers l’excellence pour le bien-être des gens d’ici?» est supportée par quatre valeurs qui ont été adoptées en mars 2017 soit la collaboration, l’humanisme, l’engagement et la transparence.

Le comité de gouvernance et d’éthique, le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité et le comité de révision assurent leurs rôles avec rigueur. À ces comités obligatoires par la loi, le conseil d’administration a décidé d’ajouter des comités facultatifs soit celui des ressources humaines et immobilisations pour bien s’acquitter de ses responsabilités. La préoccupation en regard de la pénurie de main-d’œuvre est très présente et la volonté de prendre soin de ceux qui restent est présente. Les sujets qui entourent l’accessibilité des services, la qualité et la sécurité se retrouvent régulièrement à l’ordre du jour. L’approche usager partenaire sera bientôt déployée.

Cinq comités consultatifs soit un par municipalité régionale de comté (MRC) sont en place et permettent un bon maillage avec les partenaires de la région. Des rencontres avec les organismes communautaires améliorent les liens de collaboration. À l'occasion, ils sont invités à venir présenter leurs services aux membres du conseil, ce qui est très apprécié de part et d'autre.
L'information nécessaire à la prise de décision éclairée est disponible au moment opportun. Ce point est évalué régulièrement. Les directeurs sont aussi invités à présenter des dossiers aux rencontres ce qui facilite la compréhension.

Dans la composition du conseil, la représentativité des divers territoires de la région ainsi que celle dans la parité homme femme est assurée. Pour permettre une meilleure appropriation des réalités du territoire, le conseil se déplace pour tenir ces rencontres.

Les nouveaux membres du conseil d'administration reçoivent une formation avant de participer aux rencontres. Ils sont par la suite parrainés par un membre expérimenté. Ce processus est très apprécié des nouveaux membres.

Les règlements de régie interne du conseil d'administration ainsi que le code d'éthique et de déontologie des administrateurs ont été adoptés en 2016. Le cadre conceptuel en éthique a été adopté en février 2019. Un document décrit le profil de compétence, d'expertise ou d'expérience des membres indépendants du conseil d'administration.

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	
1.5 Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	

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

La mission est déterminée par le ministère. Le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 a été mis à jour en 2017.

La vision « Unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici » est supportée par quatre valeurs qui ont été adoptées en mars 2017 soit la collaboration, l'humanisme, l'engagement et la transparence. Le comité de direction a d'abord engagé un processus de réflexion pour choisir les valeurs et ensuite les proposer aux membres du conseil d'administration. Par la suite, une consultation a été effectuée auprès des employés, des organismes communautaires et de la population. Ces mécanismes de consultation ont permis de s'assurer que cette vision et ces valeurs ont du sens autant pour les intervenants que pour les utilisateurs. Il reste maintenant à faire vivre ces concepts au quotidien. Plusieurs intervenants rencontrés de façon spontanée font référence à la vision et aux valeurs.

Les besoins des populations sur le territoire sont différents et nécessitent des stratégies d'interventions adaptées. Les soins et services sont répartis dans 89 sites pour répondre à une population de 147,700 personnes réparties dans un territoire de 58,000 km carrés. Il s'agit du plus gros employeur la région, ce qui constitue un moteur de développement économique important. L'occupation du territoire est souvent liée à la présence de soins et services dans certaines parties du territoire. Dans ce contexte, l'influence politique est présente. Les collaborations avec différentes maisons d'enseignement de la région et celles des grandes villes permettent de trouver des solutions innovantes pour certaines préoccupations concernant notamment le recrutement de la main d'œuvre.

Le conseil d'administration a établi trois priorités qui sont l'accès aux services de première ligne et de proximité, la concertation locale et le partenariat ainsi que la promotion du CISSSAT comme employeur de choix.

Le plan d'organisation est en développement, les efforts prioritaires ayant été plutôt mis sur l'harmonisation des services. L'harmonisation des pratiques dans un nouvel établissement regroupant différentes cultures organisationnelles et approches d'intervention constitue un enjeu organisationnel. La réalisation de cet objectif stratégique s'actualise peu à peu. La difficulté se situe maintenant au niveau de

la coordination des différentes actions visant l'ensemble des directions, et ce, de manière transversale.

Le maintien des services dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre est une préoccupation soulignée à plusieurs reprises tant au niveau de la direction, des cadres intermédiaires et des intervenants que des représentants des usagers. Des plans de contingence sont en préparation, ce qui à la fois sécurise certains, mais inquiète d'autres. Les changements au niveau de l'équipe de gestion entraînent aussi des défis, les nouveaux gestionnaires moins expérimentés doivent être accompagnés. La gestion de proximité dans un aussi grand territoire est exigeante. Une meilleure utilisation des technologies de l'information pourrait permettre une meilleure fluidité de la communication. L'atteinte de l'équilibre budgétaire suscite des inquiétudes.

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 a établi un cycle de planification budgétaire et des outils de suivi. L'équipe a maintenant un niveau de maturité et l'organisation interne des services est actualisée. Les gestionnaires sont formés et accompagnés dans cette démarche.

L'établissement fait face à un déficit important. Une démarche organisationnelle est en cours. L'établissement est engagé dans la réalisation de projets d'optimisation. Afin de soutenir cette démarche, la direction des finances a récemment développé des outils d'analyse de performance par centre d'activité ou par site qui permettent de comparer la performance avec sept établissements comparables.

En ce qui concerne la direction des services techniques, de la logistique et des ressources informationnelles, le processus de planification est également en place. Bien que la capacité de la direction soit impactée par la pénurie de main d'œuvre, elle a réussi à réaliser de nombreux projets. Pour le volet des ressources informationnelles, le déploiement de l'outil ZOOM a particulièrement été apprécié par les gestionnaires et les équipes cliniques. Ce projet facilite la gestion de proximité.

La direction des services techniques a mis en place un processus structurant de priorisation des projets immobiliers. La méthodologie comprend notamment une fiche de collecte d'information et une matrice de priorisation basée sur des critères. Ces critères permettent d'ordonnancer la réalisation des projets en fonction de leur impact sur la sécurité des usagers, de la santé et sécurité au travail, de l'amélioration de la qualité et de la satisfaction de la clientèle, de la réduction des coûts d'opération et de la productivité. Plusieurs grands projets d'infrastructure sont en cours.

Afin d'aller plus loin dans la consolidation de leurs processus, les directions responsables de la gestion des ressources sont encouragées à implanter en collaboration avec les autres secteurs concernés, un processus de gestion intégré des risques organisationnels.

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		
2.10	Une politique de vaccination et les procédures connexes, y compris la recommandation de certains vaccins aux membres de l'équipe, sont élaborées.	
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)

L'équipe de gestion des ressources humaines est une jeune équipe mobilisée et dynamique. L'établissement fait face à des enjeux importants de pénurie de main-d'œuvre et d'assurance salaire. Pour répondre à ces enjeux, l'équipe s'est donné quatre objectifs pour la prochaine année :

1) Outiller les gestionnaires avec des indicateurs sur leur service pour leur permettre de prendre les bonnes décisions, notamment en ce qui concerne l'absentéisme.
2) Déployer davantage d'actions de prévention en santé et sécurité au travail
3) Mettre en œuvre un programme de développement des compétences des gestionnaires
4) Adopter une approche expérience employé

Afin de faire face à la pénurie de main d'œuvre, de nombreuses stratégies de recrutement sont déployées. À titre d'exemples on peut nommer le récent séjour exploratoire organisé en collaboration avec le carrefour jeunesse emploi, le salon de l'immigration, les 4 à 7 d'embauche ou les matinées de tests de sélection. De plus, l'équipe a réorganisé ses ressources afin de mieux soutenir le recrutement de stagiaires.

Dans l'objectif d'agir davantage en proactivité, des plans de contingence en prévision de la période estivale sont en cours d'élaboration. Le manque de main d'œuvre se fait sentir particulièrement sur les effectifs disponibles pour combler les remplacements. Il est difficile pour l'équipe de la liste de rappel de répondre aux besoins étant elle-même en manque d'effectif. La direction des ressources humaines a identifié certaines actions à déployer pour améliorer la capacité de l'équipe.

La rétention du personnel est un aspect important pour faire face aux défis. De nombreux éléments sont mis de l'avant pour y contribuer. L'approche « expérience employé » passe d'abord par un dossier de rémunération bien ajusté, un programme d'accueil et de trajectoire de carrière au sein de l'établissement. On peut également nommer toutes les actions de l'équipe de prévention en santé et sécurité au travail qui sont réalisées pour adapter le milieu de travail ou pour prévenir les accidents. Afin d'assurer la

sécurité des employés, l'établissement est encouragé à développer leur capacité à offrir la vaccination. Il s'agit d'un moyen qui peut prévenir l'absentéisme.

En complément, le CISSSAT s'est doté d'un programme d'évaluation de la contribution qui est actuellement en déploiement. L'établissement devra s'assurer de son déploiement dans tous les secteurs afin d'en faire un moyen concret pour favoriser la rétention. Les galas de reconnaissance des années de service complémentent bien toutes ces actions et renforcent le sentiment d'appartenance.

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		
12.2	Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.5	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
15.7	Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.	POR
15.7.1	Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager à tous les points de transition des soins.	**PRINCIPAL**

15.7.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	**PRINCIPAL**
15.7.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	**SECONDAIRE**
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.	**PRINCIPAL**
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	**SECONDAIRE**

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

La direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) a développé et mis en place un programme vraiment complet de gestion intégré de la qualité et de la sécurité des soins et des services. La direction en a par ailleurs fait l'évaluation. Les équipes ont développé des plans d'amélioration continue de la qualité qui servent d'outils de suivi opérationnel pour les différents services. Les activités d'amélioration continue sont supportées par une structure de soutien efficace. Les directions ont des répondants et des comités d'amélioration de la qualité sont formés.

En ce qui concerne la prestation sécuritaire des soins et des services, en sus d'un comité de gestion des risques de l'établissement, des sous-comités ont été formés. Des formations sur la déclaration des incidents et accidents ainsi que sur la divulgation sont offertes. La culture de sécurité et de non-blâme est bien établie. Les équipes adressent régulièrement les enjeux de sécurité. Des analyses prospectives, des projets d'amélioration sont réalisées. On peut nommer par exemple le projet sur la réduction des omissions d'administration des médicaments à l'unité de médecine.

L'établissement s'est doté d'un plan de sécurité des usagers. Dans leur démarche, ils ont priorisé les risques afin d'en faire un outil qui permettra à l'organisation de mettre le focus à court terme sur les risques majeurs. Cette année, l'établissement a choisi de gérer les risques en lien avec l'administration des médicaments, les risques en lien avec la prévention du suicide et les risques liés aux infections nosocomiales. Ce plan de sécurité est digne de mention.

En complément aux activités de prestation sécuritaire, une prise en charge des pratiques organisationnelles requises (POR) est en place. L'établissement est invité à consolider la prise en charge au niveau stratégique du bilan comparatif des médicaments. Bien que des enjeux de ressources en pharmacie soient vécus, un leadership fort, appuyé par une démarche collaborative interdirection permettra de faire des gains ainsi que de consolider la sécurité des usagers.

L'établissement s'est doté d'un tableau de bord qui lui permet d'effectuer sa reddition de compte. Le déploiement de la salle de pilotage stratégique a été amorcé et ils sont encouragés à poursuivre le

déploiement de cette méthodologie. En complément, un plan de gestion intégré de toutes les catégories de risques organisationnels serait à mettre en place. En identifiant dans ce plan les risques les plus critiques pour l'organisation, l'établissement serait mieux outillé pour répondre aux enjeux qui pourraient impacter l'établissement.

En appui aux activités de gestion intégrées des risques et de la qualité, les trois conseils professionnels jouent un rôle très important pour assurer la qualité de l'acte de leurs membres. Chacun des conseils témoigne de la grande collaboration avec les différentes directions ainsi qu'avec la haute direction. Leur contribution est par ailleurs sollicitée au comité consultatif du PDG.

En bout de piste, lorsque les usagers expriment une insatisfaction, ils font appel au bureau du commissaire aux plaintes. Malgré l'absence d'un des commissaires, l'équipe réussit à répondre aux demandes dans les délais. Leur partenariat avec le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) leur permet de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Il est également important de noter les efforts qui ont été faits au cours de la dernière année pour recruter de nouveaux médecins-examinateurs. Cela permettra de traiter les plaintes médicales dans un délai raisonnable.

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	
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)

Afin de se doter d'un programme et d'un cadre conceptuel en éthique, l'établissement s'est assuré de faire une démarche qui allait rallier les parties prenantes. Cette démarche a permis d'adopter un cadre qui correspond bien aux besoins de l'établissement et au contexte actuel. Le cadre se décline en quatre volets soient : l'éthique de la gestion du personnel, l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique organisationnelle et de la gouvernance.

L'éthique clinique a été le premier volet à être mis en œuvre et une structure de fonctionnement et de soutien a été déployée. Les activités en éthique clinique sont soutenues par trois types de ressources. En plus d'avoir maintenu les comités d'éthique par pôle géographique qui pourront se pencher sur différents enjeux et émettre des avis, l'établissement pourra également compter sur un regroupement régional en éthique. Celui-ci aura notamment pour mandat de faire la promotion, la formation et le partage d'expertise. En plus de ces comités, l'établissement a choisi de démocratiser l'éthique et de se doter d'ambassadeurs. Il s'agit d'une approche porteuse pour le bien-être de la clientèle. Les ambassadeurs sont mobilisés et témoignent de la valeur ajoutée qu'ils sont en mesure d'apporter.

En ce qui concerne les projets de recherche, l'établissement participe actuellement à une cinquantaine de projets de recherche multicentriques. La conseillère-cadre reçoit les demandes et travaille en collaboration avec les directions concernées pour répondre aux exigences.

L'établissement va poursuivre le déploiement de son programme d'éthique au cours de la prochaine année notamment avec le volet de l'éthique de la gestion du personnel. La sensibilisation de l'ensemble du personnel aux enjeux éthiques demeure un enjeu qui mérite d'être considéré pour l'évolution des connaissances et des compétences afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

En sus des structures prévues pour soutenir les différents volets de l'éthique, l'établissement a développé différentes initiatives pour répondre aux besoins particuliers de la clientèle. La mise en place d'un comité des cas complexes est très positive pour la clientèle et mérite d'être soulignée.

Bien que l'établissement ait toujours recours aux codes d'éthiques des établissements historiques, de

nouvelles valeurs organisationnelles ont été adoptées et justifieraient maintenant l'adoption d'un code d'éthique unique. Une telle démarche permettra d'appuyer la vision et les nouvelles valeurs. L'établissement a maintenant suffisamment de vécu et de processus consolidés pour aller de l'avant avec cette démarche.

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	
11.4 Il existe des politiques et des processus qui permettent aux usagers d'accéder facilement à l'information contenue dans leur dossier de façon systématique et en temps voulu.	

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

L'établissement accorde une grande importance aux différentes stratégies de communication. De nombreux mécanismes de communication sont déployés pour rejoindre les partenaires externes. Que ce soit par le comité partenariat, les différentes tournées, ou encore les comités consultatifs des MRC, toutes ces opportunités sont saisies par l'établissement afin d'échanger et collaborer avec ses partenaires.

À l'interne, les défis pour rejoindre l'ensemble du personnel et les médecins sont grands. Plusieurs outils ont été déployés tels : intranet, journal et bulletins d'information, site internet et page Facebook. La technologie ZOOM a récemment été déployée pour les gestionnaires et cette technologie s'est avérée vraiment gagnante. Bien que plusieurs mécanismes aient été mis en place, ceux-ci ne répondent pas entièrement aux besoins et l'équipe des communications continue ses démarches pour améliorer les communications internes.

Dans un souci de bien répondre aux besoins des usagers, l'établissement a également plusieurs opportunités pour soit échanger avec eux, soit recevoir leur rétroaction. Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) ainsi que les comités locaux sont des partenaires clés. On peut également souligner le fait que le CISSSAT a fait une vaste consultation pour l'adoption de ses valeurs et a sondé sa population en plus de ses employés afin de choisir les valeurs les plus significatives. Le comité consultatif du PDG est une autre façon très intéressante que l'établissement a mise de l'avant afin d'être bien au fait des enjeux et des besoins des usagers.

Les relations avec les médias occupent également une part importante des activités de communication. Les médias étant des vecteurs de communication importants pour rejoindre la population, l'établissement a rapidement déployé les moyens nécessaires pour répondre de façon proactive aux nombreuses demandes. Ils ont notamment mis en place une ligne téléphonique unique à l'intention des médias afin de faciliter l'accès.

Un autre aspect important des communications dans un centre de soins et de services sociaux concerne toute l'information contenue au dossier des usagers. L'établissement s'est doté de politiques pour assurer

la sécurité des actifs informationnels et a un plan pour informatiser la documentation des dossiers ainsi qu'un plan de régionalisation des systèmes existants. Des processus sont en place pour que les usagers puissent avoir accès à l'information contenue dans leur dossier. Cependant, la politique est en cours d'élaboration. L'établissement est invité à finaliser cette politique.

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.

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

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

Il est intéressant de constater que le personnel rencontré est presque unanime : « la fusion en 2015 a été bénéfique pour nos services ». La fusion permet de minimiser la disparité régionale. Les compétences sont maintenant partagées. Le personnel note une complicité entre les installations matérielles, l'entretien ménager, la sécurité, la prévention et le contrôle des infections et la gestion des risques.

Avec 280 projets, le travail ne manque pas. Depuis les dernières années, on a surtout insisté sur les projets cliniques. Cependant, il ne faut pas oublier les projets de structures.

Le comité de développement durable a été mis sur pied au début du printemps afin de s'assurer de bien faire les choses et de réaliser les projets dans le but d'obtenir une durabilité à long terme.

Certains bâtiments requièrent des soins particuliers. L'équipe s'assure de répondre aux demandes les plus pressantes et de protéger en tout temps la sécurité des usagers et celle du personnel.

Les réparations, les rénovations et les constructions se font en minimisant l'impact sur les services, l'accessibilité et la continuité des soins.

Les lois, les règlements et les codes sont respectés lors des travaux. L'équipe est soucieuse de s'en assurer, en tout temps, même lorsque le travail est réalisé par une entreprise externe.

Des efforts sont en cours pour minimiser l'empreinte environnementale. La biomasse, la récupération du papier et du métal, l'abaissement de la température la nuit là où cela n'a pas de conséquences humaines et l'utilisation de produits plus biodégradables en hygiène-salubrité sont des exemples. Cependant, l'utilisation des combustibles fossiles est importante.

Bien que l'on parle d'un virage vert avec l'achat de voitures hybrides, le CISSSAT compte une flotte de 225 voitures et des déplacements multiples sur un long territoire. La réflexion devrait sûrement se poursuivre, à court, à moyen et long terme afin de s'orienter vers des solutions plus écologiques.

En conclusion, au CISSSAT, les équipes concernées par l'environnement physique travaillent en collaboration et en collégialité. Des projets majeurs à moyen et long terme et des projets mineurs se côtoient. Des systèmes de suivi comme le logiciel de gestion des tâches préventives sont implantés, ce qui maximise non seulement le travail du personnel, mais aussi favorise une expérience sécuritaire et de qualité pour le patient et le personnel.

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 : Santé publique	
13.7 L'intervention d'urgence en santé publique est mise à l'essai dans le cadre d'exercices généraux d'intervention tous risques en cas de catastrophe ou d'urgence.	

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

Le plan des mesures d'urgence mis à jour en septembre 2017 traite de plusieurs situations telles que contamination d'eau potable, fuite toxique externe, panne électrique, fuite de gaz, incendie, inondation, refoulement d'égout, déversement de produits chimiques, alerte à la bombe, patient violent, évacuation, panne téléphonique, tremblement de terre, temps violent isolement et autres aléas.

Les rôles et responsabilités de tous les acteurs sont bien définis, soit les employés, médecins, bénévoles, contractuels, visiteurs, chefs de secteurs, coordonnateurs des mesures d'urgence, agent de sécurité, téléphoniste et coordonnateur local des mesures d'urgence et de sécurité civile.

Une valise de garde virtuelle est en fonction. Cet outil facilite les mises à jour et permet d'avoir l'ensemble de l'information disponible pour gérer les situations. Une structure de responsable de garde permet d'assurer la sécurité et la continuité des interventions. Des suivis des situations sont aussi rendus possibles, car après un événement, des pistes d'améliorations peuvent être soulevées et acheminées aux responsables grâce à l'outil de valise de garde virtuelle.

Des aide-mémoire sont disponibles aux endroits stratégiques. Un ordre de priorité d'interventions simplifiées dans le milieu hospitalier rappelle les éléments de base « SABI » pour Sauvetage, Alerte, Barricade, Intervention. La signalisation requise est en place.

De la formation adaptée est disponible aux bénévoles, employés et téléphonistes.
Lorsqu'une situation potentiellement dangereuse est soulevée et que le risque est jugé important, il est possible de réunir les décideurs pour prendre les décisions qui s'imposent et cela sans avoir à passer par les structures habituelles afin d'éviter des délais qui pourraient causer des préjudices.

Des plans de contingence sont produits au besoin. À titre d'exemple, un tel plan a été produit en novembre 2018 lors du projet d'agrandissement de l'hôpital de Ville-Marie pour une chaufferie temporaire.

Des « visite-audit et conformité » sont réalisées. L'exemple de celui réalisé en février 2019 au CHSLD de Val-d'Or soulève des recommandations qui sont reprises dans un plan d'action qui sera mis en place en

fonction des priorités retenues.

Une ligne d'urgence harmonisée est déployée à la grandeur du territoire, peu importe où l'on se trouve. Il suffit de composer le « 1313 » pour parler à la téléphoniste qui enclenche les mesures prévues au plan.

Des boutons panique sont installés à des endroits spécifiques et permettent une communication directe avec les services policiers. Les liens avec la communauté sont excellents. L'établissement collabore souvent à des mesures de sécurité civile et à son tour peuvent compter sur le soutien des partenaires au besoin.

Un calendrier des exercices réalisés est déposé, l'établissement est encouragé à effectuer des exercices d'évacuation régulièrement, particulièrement là où se retrouvent des clientèles vulnérables et à mobilité réduite.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership		
6.2	Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
Ensemble de normes : Santé publique		
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.	!

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

Être un établissement qui offre des soins de santé centrés sur les personnes signifie en premier lieu d'être à l'écoute des personnes et de leur faire une place. Plusieurs bénévoles très engagés œuvrent dans les comités d'usagers et de résidents dans l'ensemble du territoire. Le vécu de ces comités semble différent d'un endroit à l'autre. Pour certains, les liens avec l'organisation sont fluides, efficaces et harmonieux. Certains déplorent le manque de suivi des demandes, la lourdeur administrative et le fait de ne plus savoir à qui se référer. Des usagers rencontrés souhaitent être davantage consultés, écoutés et avoir des suivis de leurs préoccupations.

La pénurie de main-d'œuvre et la santé des travailleurs qui restent en place préoccupent les représentants des usagers, on craint des ruptures de services, on entend des brides de plan de contingence, mais sans avoir toute l'information ce qui a généré de l'inquiétude. À cela s'ajoutent les menaces de coupe budgétaire. Une piste de solution soulevée serait de mettre en place un mécanisme de communication pour permettre un meilleur partage de l'information bidirectionnelle.

Au niveau des équipes cliniques, l'implication de l'usager et de sa famille dans ses soins et services directs est un acquis. Toutefois, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs et dans les plans opérationnels reste à développer.

Une politique sur l'implantation de l'approche usager partenaire est a été adoptée au comité de direction et également par le conseil d'administration. Une formation, un guide d'implantation et un « coffre à outils » sont aussi proposés pour soutenir les équipes dans le déploiement de cette approche. Les

expériences vécues dans les nombreux projets et initiatives où l'on a eu recours à des usagers partenaires ont été très positives pour tous. À titre d'exemple, l'un des projets a permis l'harmonisation des heures de visites.

Offrir des soins de santé centrés sur la personne signifie également de mettre en place des pratiques nouvelles ou innovantes afin d'améliorer la qualité des soins et services offerts. L'introduction d'un chien de soutien émotionnel prénommé Chevelle pour la clientèle jeunesse est à souligner. Chevelle permet aux enfants qui doivent faire face par exemple à un processus judiciaire ou une entente multisectorielle d'avoir du réconfort, de réduire l'anxiété et le stress

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		
9.6	Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
9.7	Les plans et les processus d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux sont suivis.	
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.	POR **PRINCIPAL**
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables		
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.	
3.2	L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.4	L'URDM compte une aire de décontamination qui est physiquement séparée des autres aires de retraitement et du reste de l'organisme.	!
3.5	Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!
3.6	L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8	Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
11.10	Le dossier de retraitement de l'appareil d'endoscopie souple comprend le numéro d'identification et le type d'endoscope souple, le numéro d'identification de l'unité de retraitement automatique des endoscopes (s'il y a lieu), la date et l'heure du retraitement, le nom ou l'identificateur unique de l'usager, la preuve que l'inspection individuelle et le contrôle d'étanchéité ont été effectués, ainsi que le nom de la personne qui procède au retraitement de l'endoscope souple.	!
12.6	Les dispositifs médicaux stériles sont distribués et transportés à l'aide de chariots et de bacs propres, fermés ou couverts ou à l'aide de sacs de plastique.	

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

Un comité interdisciplinaire régional est en place afin d'uniformiser les pratiques en matière de retraitement des dispositifs médicaux. À la suite à des audits et des résultats de sondages auprès des utilisateurs, un plan d'amélioration de la qualité a été élaboré, des objectifs ainsi que des résultats ont été identifiés.

La rénovation des espaces à L'URDM des hôpitaux visités, sauf celui de l'Hôpital de La Sarre, figure sur la liste des projets afin d'atténuer les risques de contamination et d'améliorer la sécurité des travailleurs. Des risques ont été identifiés tant dans l'entreposage et le circuit du retraitement du matériel que dans les accès aux locaux. Dans la perspective de la sécurité des usagers et du personnel, nous encourageons l'établissement à aller de l'avant à court terme pour la réalisation de ce projet.

Le personnel de l'URDM utilise des procédures opératoires normalisées. La documentation est accessible et peut être consultée facilement, ce qui sécurise la pratique. Les employés rencontrés sont soucieux d'appliquer les meilleures pratiques malgré un contexte architectural sous optimal.

Le personnel de l'URDM bénéficie d'un programme d'orientation à l'embauche. La formation en ligne dispensée par le Collège Saint-Laurent est requise pour l'obtention d'un poste. Afin d'acquérir des connaissances et de développer des compétences, il y aurait lieu d'offrir des activités de formation continue au personnel. La pénurie de main-d'œuvre est présente dans tous les sites visités. Il s'avère difficile pour les gestionnaires de stabiliser les équipes et de pérenniser les pratiques.

La formation sur la déclaration des incidents et accidents a été dispensée pour les employés de l'URDM. Dans la perspective de renforcer la culture de sécurité, nous encourageons l'établissement à diffuser à l'équipe le résultat des analyses ainsi que les mesures mises en place.

L'équipe du génie biomédical (GBM) a intégré et harmonisé ses activités. Ils se sont dotés d'outils technologiques de gestion des requêtes et de gestion pour l'entretien des équipements médicaux, ce qui leur a donné des gains d'efficience. Le programme d'entretien préventif a été élaboré et adopté. Les équipements ont été catégorisés en fonction de leur niveau de criticité et sont en cours d'intégration dans le système d'information. Bien que l'établissement ait établi un programme d'entretien, son déploiement est encore en progression. La réalisation des entretiens préventifs n'est pas complètement réalisée.

Malgré le fait que la capacité de l'équipe est impactée de façon importante par la pénurie de main-d'œuvre, elle a réussi à franchir de grandes étapes et ils sont invités à poursuivre en ce sens. Un plan d'action est élaboré et des objectifs et des indicateurs sont identifiés pour suivre la progression du déploiement du programme.

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.

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 prestateurs 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.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.	POR

	2.3.3 Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, du personnel de la microbiologie, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information, selon la disponibilité et la pertinence.	**PRINCIPAL**
	2.3.5 Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	**SECONDAIRE**
2.6	Le comité interdisciplinaire dispose de processus pour gérer la sécurité des médicaments contrôlés.	!
4.4	L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
8.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie doit être élaborée et mise en oeuvre.	!
8.4	Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.	!
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.	POR
	9.3.4 Lorsqu'il est nécessaire que les produits à l'héparine mentionnés ci-haut soient disponibles dans certaines unités de soins, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.	**PRINCIPAL**
9.4	La disponibilité des produits narcotiques est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne soient pas entreposées dans les unités de soins.	POR
	9.4.3 Lorsqu'il est nécessaire que les produits narcotiques (opioïdes) soient disponibles dans des unités de soins particulières, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments de l'organisme passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.	**PRINCIPAL**

11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
21.1	L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'usager et la famille.	!
21.4	L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.	
21.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
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.	!
26.2	Les équipes reçoivent de l'information sur la façon de détecter et de déclarer les RIM au Programme Vigilance de Santé Canada.	
27.5	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Concernant le programme de surveillance des antimicrobiens, d'un point de vue théorique, le programme respecte l'ensemble des tests de conformité, hormis l'évaluation. D'un point de vue fonctionnel, le niveau d'implantation est variable. La difficulté provient notamment de la pénurie de pharmaciens. Par exemple, à l'Hôpital de Rouyn-Noranda une réorganisation de la pharmacie clinique est en cours consécutive à cette problématique.

Le comité du circuit du médicament est fonctionnel et contribue à la qualité et à la sécurité. Cependant, il n'inclut pas le traitement de la gestion des risques.

La culture de la mesure et de l'évaluation est à son début. Malgré la lourdeur des tâches à accomplir par l'équipe de pharmacie, celle-ci réagit rapidement aux problématiques et utilise les moyens de cerner les enjeux en les évaluant. Le projet « Omission de médicament » est un exemple intéressant à cet effet.

La double vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé est variable d'un site à l'autre. Cependant, des efforts sont en cours afin de s'assurer que le processus est bien respecté dans tous les milieux. Cependant, dans le milieu où cela n'est pas possible par manque de personnel, les

intervenants font preuve d'originalité.

L'équipe de pharmacie collabore avec toutes les parties prenantes impliquées dans le circuit du médicament. L'initiative intéressante de l'« Info soins infirmiers » portant sur la méthode d'administration sécuritaire des médicaments en est un exemple.

Le nouveau formulaire d'administration du médicament (FADM) est en voie d'être terminé et implanté dans tout le CISSSAT. Son implantation sera un défi pour l'établissement.

La mise à jour du système informatique Gespharm demeure une lourde tâche lorsque l'équipe pharmaceutique n'est pas au complet. La bibliothèque de ce système est propre à chaque site. L'équipe devrait considérer les avantages d'un pilotage unique.

La télépharmacie est disponible pour optimiser l'organisation du travail en vue de prodiguer de meilleurs soins aux patients.

Sur les unités de soins, l'entreposage des médicaments est sécuritaire. Les narcotiques sont dans le cabinet automatisé informatisé lorsque celui-ci est disponible. Dans les autres situations, les narcotiques sont dans une armoire fermée et verrouillée. La clé devrait être précieusement gardée par un responsable en tout temps.

Pour permettre la réalisation des différents travaux en cours et des nouveaux travaux considérés comme prioritaires, l'équipe est encouragée à élaborer un plan de priorisation à court et moyen terme. Voici quelques suggestions de projets :

1. Le comité circuit du médicament

Le processus de gestion des médicaments consiste à sélectionner et à obtenir les médicaments, à entreposer les médicaments à la pharmacie et dans les unités de soins, à prescrire les médicaments et à transcrire les ordonnances, à préparer, délivrer et distribuer les médicaments, ainsi qu'à administrer les médicaments et à surveiller les usagers. Ce processus est donc complexe et nécessite l'interaction de plusieurs personnes. Le comité, dans sa forme actuelle, s'est concentré sur l'application de la norme. Le volet gestion des risques est traité par le comité de gestion des risques. Dans un objectif de globalité, il serait intéressant d'une part, d'inclure un médecin et possiblement un patient partenaire d'autre part, de confier la gestion des risques, en lien avec le circuit du médicament, à ce comité.

2. La sécurité au regard des narcotiques

La sécurité au regard des narcotiques est un incontournable. Malgré cela, la double vérification n'est pas toujours respectée. De plus, la clé servant à ouvrir l'armoire à narcotique n'est pas sous constante surveillance. Dans un objectif de sécurité et d'excellence des pratiques, il est suggéré de s'assurer de la

double vérification en tout temps. Il est aussi nécessaire d'identifier, en tout temps, une personne responsable de la clé. Un registre permettrait de confirmer le tout. Éventuellement, lorsqu'un système d'identification électronique sera en place, cette difficulté sera résolue.

3. L'information au patient

Le patient demeure le principal intéressé dans les soins et services offerts en santé. La médication est une composante importante dans la prestation de soins. Il est donc nécessaire que l'information sur les médicaments soit discutée et idéalement consignée au dossier. Un patient qui connaît sa médication minimisera les incidents liés à celle-ci. Des informations écrites peuvent aussi être remises lorsque c'est pertinent.

4. Les activités cliniques

Il a été clairement démontré que les activités cliniques des pharmaciens contribuent à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Nous tenons à souligner que l'activité clinique des pharmaciens en oncologie est présente dans tous les milieux visités.

Cependant, l'activité de gérance des antimicrobiens est à déploiement variable. De plus, la participation interdisciplinaire au programme de gérance des antimicrobiens est menacée, consécutive à l'absence d'un infectiologue. Les pharmaciens assurent actuellement son fonctionnement. Il serait souhaitable que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens collaborent avec les parties prenantes afin de s'assurer de la collaboration d'un médecin à ce programme.

Il y a plusieurs autres activités où la présence du pharmacien ajoute à la qualité et la sécurité des services. L'établissement est encouragé à poursuivre les efforts de recrutement dans ce domaine.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
2.9	L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections lors de la mise à jour des processus entourant la sélection et la manipulation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!
2.10	Les normes applicables en matière de salubrité des aliments sont respectées afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.	!
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.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le CISSS s'est doté d'un comité multidisciplinaire régional afin d'harmoniser les pratiques dans toutes ses installations en matière de prévention et de contrôle des infections. Le programme de prévention et de contrôle des infections a été revu et mis à jour en fonction des données probantes et des lignes directrices. De ce programme découlent des politiques, des procédures et des outils, lesquels sont à finaliser et à adopter. Des affiches concernant les mesures à prendre lorsqu'un usager est contaminé datent de plusieurs années. L'établissement est à revoir les consignes afin de préciser les directives et ainsi éviter les risques chez l'usager et le personnel. Un plan d'amélioration régional de la qualité est élaboré et des indicateurs de résultats sont identifiés et suivis.

L'équipe de prévention et contrôle des infections est dynamique et engagée pour l'amélioration de la qualité des services. Les employés rencontrés témoignent de leur soutien ainsi que de leur implication notamment lors d'éclosion. Un comité interdisciplinaire local en PCI est en place. Les sujets à l'ordre du jour des rencontres du comité traitent davantage de situations ponctuelles survenues dans les différents secteurs. L'équipe est encouragée à élaborer des objectifs annuels, définir des indicateurs et mesurer les résultats annuellement.

La collaboration de l'équipe PCI, notamment avec les directions cliniques, d'hygiène et salubrité et des services techniques est palpable et vécue positivement. Par exemple, il est devenu automatique de s'adjoindre la conseillère pour tout début et suivi de projet de rénovation ou de construction ou bien pour toute interrogation concernant les produits à utiliser pour nettoyer un nouvel appareil.

Les employés de l'entretien ménager ont l'information nécessaire pour travailler de façon sécuritaire auprès de la clientèle. Un tableau indiquant les mesures à prendre lors de contact avec un usager contaminé est placé sur leur chariot de travail. Les consignes sur les produits à utiliser sont également disponibles. Le service de l'entretien s'est procuré un appareil pulvérisateur électrostatique dans chaque hôpital afin de diminuer la charge bactérienne. L'équipe est mobilisée et fière d'innover pour trouver des moyens qui contribuent à la réduction des éclosions.

Les usagers ainsi que les visiteurs rencontrés se disent bien informés sur l'importance du lavage des mains ainsi que sur les mesures de précaution en cas d'isolement et d'éclosion. L'information leur est donnée par le personnel soignant en plus des affiches apposées à plusieurs endroits.

La responsabilité de la désinfection du matériel communément appelé «?zone grise?» demeure à formaliser. Il est souhaité d'identifier le matériel, de désigner le responsable, la solution à utiliser de même que la fréquence du nettoyage requis.

Malgré les stratégies utilisées pour la promotion du lavage des mains, l'audit le plus récent sur l'observance de l'hygiène des mains indique un taux de conformité de 40 %. L'équipe devra explorer d'autres avenues pour atteindre la cible de 80 %.

Il a été observé des risques liés au transport de matériel, d'aliments ainsi que de lingerie propre et souillée effectué par camionnage. L'établissement est invité à revoir ses pratiques afin de s'assurer de réduire les risques de contamination. Dans le même ordre d'idées, la réception de la marchandise propre et du matériel souillé se fait via un même quai de débarquement, et ce, pour l'ensemble des installations visitées. Il serait pertinent de revoir le circuit utilisé pour disposer du matériel.

Ensemble de normes : Santé publique - 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		
4.2	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 : Impact sur les résultats		
16.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
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.	
16.11	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.	
Processus prioritaire : Santé publique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités sont définis. Les intervenants sont consultés pour donner leur opinion. On tient compte des besoins des usagers pour déterminer l'organisation du travail.

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants apprécient le travail avec leurs équipes qu'ils qualifient d'efficaces et complémentaires. Le climat de travail est bon et les intervenants sont motivés et passionnés par leur travail.

Les intervenants rencontrés sont satisfaits de la formation qu'ils reçoivent. Les formations offertes tiennent compte des problématiques émergentes et d'importance dans la communauté.

Certains intervenants partagent leur temps entre la santé publique et les services ambulatoires. Cette cogestion des activités et des ressources humaines demande un niveau de collaboration élevé entre les gestionnaires, mais présente la meilleure alternative dans un contexte de petites équipes qui assurent des services de proximité sur un vaste territoire.

Des évaluations du rendement sont réalisées depuis la dernière année.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des indicateurs sont en place, mais le tableau de bord est en développement.

Dans les soins et services directs, l'apport de l'usager et la famille est sollicité, mais peu lorsqu'il s'agit de processus administratif. Il n'il n'y a pas de processus formel pour recueillir les commentaires des usagers et des familles : les travaux sont en cours.

Des intervenants soulèvent une lourdeur administrative au niveau des formulaires du ministère à compléter.

Processus prioritaire : Santé publique

Du programme national de santé publique découle le Plan d'action régional 2015-2020 qui constitue l'offre de service en santé publique. Les quatre fonctions essentielles de la santé publique sont la surveillance en continu de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé.

Les cinq chantiers prioritaires en cours sont : petite enfance, jeunes 4-17 ans, lutte au tabagisme, prévention des ITSS et maladies évitables par la vaccination.

Des consultations des équipes régionales et locales ont contribué à la démarche de rédaction du plan régional. Une version abrégée sur un « napperon » a facilité le déploiement du plan.

Le travail en partenariat est très présent avec les autres directions de l'établissement, les organismes communautaires, les organismes socio-économiques, le milieu de l'éducation, les municipalités, les MRC et les différents ministères.

Lors de la visite, la gestion d'un cas de tuberculose a été présentée pour bien imager ce qui est réalisé au niveau de la protection.

Le programme santé au travail comprend l'équipe soutien-conseil, l'équipe d'intervention et le programme pour une maternité sans danger. Une entente spécifique de gestion et d'imputabilité est conclue avec la CNESST. Depuis déjà plus de 30 ans, un colloque annuel Santé et Sécurité au travail est

organisé en partenariat. Au fil des ans, cette activité de promotion/prévention permet de rejoindre des travailleurs.

Au niveau de la surveillance, l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle réalisé en 2017 a été analysée. Les stratégies de communication utilisées dans le déploiement sont innovantes et permettent une concertation auprès des acteurs du milieu. Un portrait de la santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue a été réalisé, publié et diffusé en 2019.

Une opportunité de rencontre qui met en cause la surveillance environnementale s'est présentée et met en lumière l'importance des communications. Au niveau des communications, beaucoup d'effort est déployé pour vulgariser l'information. Un défi est aussi d'arriver à livrer des messages précis et uniformes lorsque de l'information en matière de santé publique est communiquée au public. Pour rejoindre l'ensemble de la clientèle, les moyens technologiques seraient à revoir. L'utilisation des médias sociaux est devenue un incontournable, mais les barrières de sécurité de l'organisation retardent le recours à cette stratégie de communication.

Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 3 juin 2018 au 6 octobre 2018**
- **Nombre de réponses : 14**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	7	93	95
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	97
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	50	29	21	74
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	14	0	86	86

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	7	0	93	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	29	21	50	65
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	93
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	7	0	93	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	86
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	7	0	93	96
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	17	25	58	79
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	7	14	79	65

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	83
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	15	38	46	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	31	46	23	47
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	21	0	79	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	96
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	14	0	86	84
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	8	31	62	89
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	64	27	9	81
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	8	0	92	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	15	85	94
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	7	21	71	89
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	14	29	57	91

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	14	86	83
34. La qualité des soins	0	21	79	85

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux 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 cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.