



**ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA**
Qmentum

Rapport de visite

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Chibougamau, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 septembre 2019

Date de production du rapport : 30 octobre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 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.

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
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	11
Résultats détaillés de la visite	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Gouvernance	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	15
Processus prioritaire : Gestion des ressources	17
Processus prioritaire : Capital humain	18
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	20
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	23
Processus prioritaire : Communication	24
Processus prioritaire : Environnement physique	26
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	28
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	30
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	32
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	34
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	41
Résultats des outils d'évaluation	44
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	44
Commentaires de l'organisme	48
Annexe A - Programme Qmentum	49
Annexe B - Processus prioritaires	50

Sommaire

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (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 : 22 au 27 septembre 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. Centre de santé de Chibougamau, à Chibougamau
2. Centre de santé Isle-Dieu, à Matagami
3. Centre de santé Lebel, à Lebel-sur-Quévillon
4. Centre de santé René-Ricard, à Chapais
5. Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

- **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

Agrement 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.)	51	5	1	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	188	14	14	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	61	4	3	68
 Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	22	3	7	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.)	245	24	15	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	29	1	2	32
Total	614	51	43	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	44 (95,7%)	2 (4,3%)	4	29 (96,7%)	1 (3,3%)	6	73 (96,1%)	3 (3,9%)	10
Leadership	41 (91,1%)	4 (8,9%)	5	79 (86,8%)	12 (13,2%)	5	120 (88,2%)	16 (11,8%)	10
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	27 (93,1%)	2 (6,9%)	2	65 (94,2%)	4 (5,8%)	2
Gestion des médicaments	74 (94,9%)	4 (5,1%)	0	52 (92,9%)	4 (7,1%)	8	126 (94,0%)	8 (6,0%)	8
Retraitements des dispositifs médicaux réutilisables	77 (93,9%)	5 (6,1%)	6	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	115 (94,3%)	7 (5,7%)	6
Santé publique	41 (95,3%)	2 (4,7%)	4	58 (86,6%)	9 (13,4%)	2	99 (90,0%)	11 (10,0%)	6
Total	315 (94,3%)	19 (5,7%)	19	283 (90,4%)	30 (9,6%)	23	598 (92,4%)	49 (7,6%)	42

* 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	3 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)	Non Conforme	4 sur 5	2 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 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)	Conforme	3 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.

L'établissement poursuit un travail sérieux et important dans l'optique de prolonger leur statut d'établissement agréé. Il est soucieux d'offrir à sa population des services de qualité et de sécurité adaptés aux besoins et d'offrir les références médicales appropriées lorsque requis.

La gestion de l'établissement repose sur une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le développement professionnel, la performance clinique, administrative et l'équilibre financier de l'organisation.

Le plan de mobilisation et les stratégies déployées pour intégrer les principes de l'agrément au sein des équipes de travail contribuent à la démarche d'amélioration de la qualité. On peut noter un engagement marqué à tous les niveaux de l'organisation. Les équipes sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'effectuer des analyses sur l'utilisation des ressources. Ces initiatives sont à poursuivre pour consolider la culture de la mesure.

La continuité des trajectoires de services au sein des programmes :

Les trajectoires de soins et services dans les secteurs de l'obstétrique et des soins périnataux, en santé mentale et dans les services de 1re ligne sont très fluides et les corridors de services avec les spécialités sont bien établis. On dénote également une grande continuité de services avec les autres trajectoires de soins et services.

Toutes les trajectoires de soins incluent la contribution des autres partenaires de soins. Ces mécanismes de continuité sont fluides et reconnus par les partenaires.

La gestion de la qualité et des risques :

Le programme de gestion intégrée des risques se soucie des risques cliniques et des risques organisationnels. Les risques ont été identifiés, classifiés et ont fait l'objet d'une analyse des impacts. Des mesures correctives et des plans d'atténuation des risques ont été élaborés et d'autres sont en voie de réalisation.

Notons cependant le besoin d'incorporer la gestion des risques organisationnels ou administratifs, soit les risques liés à la réputation, aux infrastructures et au marché, à la gestion intégrée des risques.

L'organisation a mis en œuvre un plan de sécurité. Un plan et des processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers. Des rapports trimestriels sur la sécurité sont transmis au conseil.

Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des incidents/accidents et de divulgation. Tous les événements répertoriés font l'objet d'une analyse, d'un plan d'action et d'un suivi des recommandations.

L'établissement est encouragé à développer l'approche prospective afin de comprendre les causes et les résultats et mettre en place les actions d'amélioration requises afin d'atténuer ou éliminer les risques.

Enfin, nous recommandons que soit mis en place un système de gestion des alertes et des rappels pour assurer la coordination et le suivi.

Le partenariat établi avec les patients et les familles :

Le projet d'implantation de l'approche patient/partenaire au sein de l'organisation a fait l'objet d'une analyse et d'une réflexion soigneusement travaillée et s'inscrit dans les pratiques cliniques transversales du Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS). L'établissement compte déjà de nombreux projets élaborés avec la participation de l'usager et/ou ses proches à des niveaux divers de participation.

L'objectif de l'établissement est d'entreprendre 3 ou 4 projets avec les partenaires au cours de la prochaine année. Les trajectoires de soins en santé mentale et en jeunesse, de même que la révision du programme des AVC est inscrite en priorité

Par ailleurs, de nombreux partenariats sont établis avec les organismes communautaires et les établissements de santé en complément de l'offre de service de l'établissement pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins. Tous les partenaires qui ont été contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires et nous ont fait part de la bienveillance et de la compétence des intervenants.

L'établissement doit cependant porter attention à structurer son réseau de relations informelles et élaborer des stratégies de communication avec les partenaires gouvernementaux pour assurer une plus grande réponse aux demandes de support exprimé par l'organisation.

Le taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises

Trente-deux (32) pratiques organisationnelles ont été évaluées. Sept (7) des pratiques organisationnelles sont non conformes en partie ou en totalité.

- Bilan comparatif des médicaments (BCM)
- Médicaments d'alerte élevée
- Conformité aux pratiques d'hygiène des mains
- Mécanisme de déclaration des événements indésirables
- Prévention du suicide
- Stratégies de prévention des chutes
- Transfert de l'information aux points de transition des soins

Nous notons beaucoup d'efforts déployés pour se conformer aux pratiques organisationnelles requises. Nous invitons l'établissement à poursuivre les travaux pour atteindre les objectifs des prochaines visites d'agrément Canada.

Autres constats :

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- Le projet pilote d'un agent de liaison avec la communauté Cris.
- La qualité de la collaboration établie avec les officines privées

Finalement, le CRSSS de la Baie-James fait également face à certains défis :

- L'accessibilité aux services régionaux
- L'informatisation du dossier-patient
- La complexité des besoins de la clientèle et l'émergence de nouvelles problématiques de santé
- L'accès aux talents et l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

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
<p>But en matière de sécurité des patients : Communication</p> <p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.7
<p>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</p> <p>Médicaments de niveau d'alerte élevé</p> <p>Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des médicaments 2.5

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 |
| | Pratique organisationnelle requise |
| PRINCIPAL | Test principal de conformité aux POR |
| SECONDNAIRE | 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.	
13.6 Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Le conseil d'administration est dynamique et connaît bien son rôle lié à la gouvernance. Il est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés aux besoins. Conjointement avec la direction générale, il fait preuve de leadership en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité de la clientèle. On dénote un excellent climat de confiance et de collaboration entre les membres. Ils expriment avec enthousiasme leur satisfaction des progrès accomplis par l'établissement au cours des dernières années.

Les membres ont bénéficié d'une formation sur le rôle et les responsabilités des membres de conseil. À leur entrée en fonction, les nouveaux membres ont bénéficié d'une session d'accueil avec la présidente-directrice générale et une adjointe à la présidente-directrice générale. Les membres sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et planifient des capsules de formation lors des séances plénières.

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration ont procédé à leur auto-évaluation à l'aide d'un outil normalisé. Tous les membres ont été invités à transmettre leurs commentaires sur le fonctionnement du conseil, de leur compréhension de leurs rôles et responsabilités et de leur contribution à titre d'administrateur.

Le conseil d'administration a délégué à des sous-comités, les fonctions liées à la gouvernance, à la vérification et aux finances, aux ressources humaines et la qualité et la sécurité. Le rôle et la composition des comités sont établis par décision du conseil. Tous les comités établissent leurs plans d'action en lien avec le plan d'action annuel de la planification stratégique et les mandats spécifiques confiés pour assurer la gouverne de l'établissement. Ils rendent compte au conseil d'administration à la suite de chacune de leur réunion.

Les membres sont conscients des défis que pose le problème de recrutement et d'attraction de main-d'œuvre. Ce dossier s'inscrit dans les priorités du conseil. Le comité des ressources humaines se voit confier la responsabilité de superviser le plan d'action élaboré par l'équipe de la direction des ressources humaines.

La documentation transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des priorités établies dans la planification stratégique et aux plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Les écarts financiers sont documentés et les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation des plans de relève. Le conseil est informé de toutes situations à risques, la fréquence et la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents.

Le conseil d'administration a fait de la qualité et de la sécurité une priorité. Des progrès sont notés dans l'introduction d'indicateurs de performance dans les activités de contrôle de gestion. Il devra poursuivre ses efforts visant à créer une véritable culture de la mesure. Dans plusieurs secteurs de soins et de service, nous avons constaté que ces principes n'étaient pas encore entièrement intégrés au sein des équipes.

L'établissement est résolument engagé dans le processus visant l'intégration des patients et familles dans les programmes et continuums de soins et services et a manifesté le besoin d'encadrer cette orientation qui s'inscrit dans le système de valeurs de l'organisation.

Les membres du comité des usagers nous ont signalé leur appréciation des soins et services du CRSSS et de la place qui leur est consentie dans les comités et structures décisionnelles.

Le conseil d'administration dispose d'un plan directeur de communication qui identifie des objectifs de communication et une série de moyens en soutien à la réalisation de la planification stratégique. Tenant compte du caractère stratégique des interventions du service des communications, nous suggérons que le plan annuel de communication fasse l'objet d'une approbation et d'une reddition de compte au conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration pourrait se voir attribuer cette responsabilité.

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	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.1 Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers, des familles et des principales parties prenantes.	
5.4 L'information au sujet de la communauté est communiquée au conseil d'administration, aux équipes et aux parties prenantes, y compris à d'autres organismes, aux usagers et à leur famille.	

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

La mise à jour annuelle des plans d'action en santé publique est présentée aux équipes et aux parties prenantes, mais devrait également être déposée au conseil d'administration. En rendant une information plus précise, les situations à risques seront plus concrètes pour les membres et ces derniers seront plus en mesure d'orienter leurs décisions d'allocation des ressources.

L'établissement s'est doté d'une direction de qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration, en appui stratégique aux nombreux projets d'optimisation. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail inspiré des principes du management de la gestion de projet. Elle a mis l'accent sur le développement des habiletés des cadres à l'approche gestion de projets pour assurer une plus grande autonomie et imputabilité au regard des projets de réorganisation. L'embauche d'un spécialiste en procédés administratifs a grandement amélioré la qualité des données et le support aux équipes. La révision des processus fait maintenant l'objet systématique d'une cartographie des processus, laquelle améliore les trajectoires de soins et de services.

Un plan d'amélioration de la qualité et un plan de gestion des risques ont été élaborés et guident les actions des professionnels. Un processus structuré et intégré de gestion des risques a été élaboré.

De nombreux partenariats sont établis avec les organismes communautaires et les établissements de santé en compléments de l'offre de service de l'organisme pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins. Des tables de partenariats ont été mises en place dans tous les programmes-services. Tous les partenaires qui ont été contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires et nous ont fait part de la bienveillance et de la compétence des

intervenants. L'établissement a accordé une attention particulière à formaliser ces partenariats dans la rédaction d'ententes écrites pour préciser et clarifier la contribution, le rôle et les attentes de l'établissement envers ses partenaires.

Soulignons la mise en place de la salle de pilotage et le déploiement des salles de pilotages tactiques qui viennent en appui aux cadres dans l'objectif de suivre leur plan opérationnel et leur plan d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Ces salles permettent également la mise en place d'un forum de discussion et d'appropriation des principales réalisations et risques de leur unité administrative. On invite l'établissement à élaborer une stratégie de déploiement des salles de pilotages tactiques dans le secteur hospitalier qui éprouve des difficultés à introduire ces mécanismes de gestion.

Nous avons constaté que plusieurs secteurs de soins et services ont de faibles masses critiques et posent un défi additionnel aux équipes pour garantir tant le maintien des compétences du personnel que la qualité et la sécurité des usagers lors du déploiement d'un programme de soins et de services.

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'équipe de la direction des ressources financières a une très bonne connaissance des défis et des enjeux reliés à la planification et au contrôle financier. Les principaux secteurs non performants sont déterminés et les programmes d'optimisation sont priorisés en fonction des objectifs et stratégies du conseil d'administration.

La démarche de planification budgétaire est bien documentée et est en lien avec les objectifs prioritaires du conseil d'administration. Les activités de contrôle financier sont adéquates. Une conseillère financière est attribuée aux directions et services et supporte adéquatement les cadres à toutes les étapes du processus de gestion financière. À l'embauche, les cadres reçoivent une formation sur les outils de gestion et de contrôle financier et l'information sur le budget de leur unité administrative.

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique.

La documentation financière transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des revenus et dépenses, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs les plus vulnérables. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation de plan de relève.

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	
10.11 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
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 se veut un partenaire stratégique et a introduit une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le développement professionnel et l'approche clientèle. Le plan d'organisation de la direction compte quatre spécialistes en ressources humaines affectées chacun à des directions spécifiques et qui agissent en partenariat avec l'équipe de gestionnaires pour s'attaquer aux dossiers de main-d'œuvre.

Les membres de l'équipe sont sollicités et sont impliqués dans les projets d'optimisation et de réorganisation du travail. Ce partenariat a l'immense avantage d'accompagner les équipes dans la gestion du changement, de s'assurer d'introduire les meilleures pratiques et de prévoir les impacts sur la main-d'œuvre.

Les activités de formation sont nombreuses et variées. Elles s'inscrivent adéquatement en soutien des objectifs identifiés à la planification stratégique.

La direction compte développer un portail d'information permettant au personnel d'accéder à domicile à la documentation concernant sa prestation de travail (horaire, relevé de paie, allocation de dépense, affichage de poste, etc.).

La relance du programme d'appréciation de la contribution du personnel demeure à ce jour un défi pour l'établissement. Nous avons cependant constaté les nombreux efforts consentis par l'équipe des ressources humaines pour redresser cette situation. Plusieurs descriptions de fonctions ont été révisées et le formulaire d'appréciation a fait l'objet d'une refonte en profondeur. Nous invitons la direction à poursuivre ses efforts visant l'implantation du programme comme mesure de développement et de mobilisation et à améliorer le système d'information de gestion en place pour mesurer le degré d'atteinte de l'objectif, de transmettre trimestriellement des rapports de gestion au comité de gestion et d'effectuer des relances auprès des cadres.

La direction s'active à mettre en place une nouvelle image de marque et a élaboré des stratégies d'action visant à promouvoir une culture favorisant la disponibilité de la main-d'œuvre au CRSSS. À cet effet, 3 axes majeurs ont été retenus et engagent toute l'organisation; ce sont: l'attraction, la présence au travail et la rétention de la main-d'œuvre.

Les activités et le parcours d'intégration d'un nouvel employé sont complets et bien documentés. Nous suggérons d'élaborer une grille de contrôle pour attester de la réalisation des activités. Cette grille devrait être signée par le supérieur immédiat et versée au dossier de l'employé pour attester de la conformité de l'activité.

Un plan de gestion des talents a été élaboré pour la relève-cadre en s'appuyant sur le programme de compétences clefs du MSSS.

L'établissement ne mène pas d'entrevue de départ de façon systématique, cependant certaines informations parviennent au service des ressources humaines par le retour d'un questionnaire adressé par la poste. Nous suggérons de systématiser ce processus par le biais d'une procédure administrative claire pour colliger cette information sensible et nécessaire pour déterminer les possibilités d'apporter des correctifs structurels ou administratifs et réduire ou retarder le départ des employés.

Les processus reliés à la gestion des activités de santé et sécurité au travail sont adéquats. L'équipe a une bonne connaissance des défis et enjeux reliés à la gestion de la présence au travail. Les travailleurs sont impliqués à l'identification des améliorations à apporter à leur environnement de travail. On invite l'établissement à sensibiliser le personnel à l'importance de déclarer toutes situations à risques.

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	
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
12.6 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.	
12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.	
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.	
<p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

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
15.8	Au moins une analyse prospective liée à la sécurité des usagers a été effectuée au cours de la dernière année et des améliorations appropriées sont ensuite mises en oeuvre.	!
16.3	Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux buts et objectifs stratégiques plus larges de l'organisme.	!

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

Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des incidents/accidents et de divulgation. Tous les événements répertoriés font l'objet d'une analyse, d'un plan d'action et d'un suivi des recommandations. Nous avons constaté que le patient était informé des incidents/accidents et des conséquences sur sa santé.

L'information est transmise aux intervenants, aux directions et au conseil d'administration.

L'établissement aurait avantage à informatiser ce processus pour accélérer l'entrée des données et augmenter le taux de compléction de formulaires.

Le conseil d'administration reçoit périodiquement des rapports sur la sécurité des patients et est informé des recommandations des enquêtes sur les événements indésirables, de leur suivi et des améliorations qui ont été apportées.

Nous avons constaté que le personnel avait facilement accès aux lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques et disposait des guides de pratiques et aux protocoles fondés sur des données probantes. La documentation est à jour et facilement accessible.

La communication des résultats d'amélioration de la qualité et la réduction des risques est priorisée dans le plan de communication. L'équipe utilise différents moyens, dont le journal interne, pour rendre compte des résultats des objectifs de qualité que l'établissement a identifiés et auxquels les prestataires de soins ont participé.

Le plan de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de

l'agrément à toutes les catégories d'employés sont éloquents.

Avec le déploiement des salles de pilotage au niveau tactique et opérationnel, la direction rend maintenant accessibles des tableaux de gestion des risques par secteur d'activités. En rendant une information plus précise, les situations à risques seront plus concrètes pour les professionnels et ces derniers seront plus en mesure d'analyser les données et améliorer la sécurité des usagers.

Dans certains secteurs de soins et de service, nous avons constaté que les principes de mesures et de rétroaction étaient peu intégrés dans la gestion quotidienne. Nous invitons par ailleurs l'établissement à accorder une attention particulière au secteur des soins de courte durée qui rencontre des difficultés d'implanter les salles de pilotage.

Les membres du comité des usagers se sentent impliqués et reconnus comme participants actifs dans les démarches et les projets qui leur sont pertinents. De plus, ils se sentent écoutés et respectés lorsqu'ils font part d'observations et de propositions d'amélioration.

La gestion intégrée des risques se soucie des risques cliniques et des risques organisationnels. Notons cependant le besoin d'incorporer la gestion des risques organisationnels ou administratifs, soit les risques liés à la réputation, aux infrastructures et au marché, à la gestion intégrée des risques.

L'établissement est encouragé à développer l'approche prospective afin de comprendre les causes et les résultats et mettre en place les actions d'amélioration requises afin d'atténuer ou éliminer les risques.

Enfin, nous recommandons que soit mis en place un système de gestion des alertes et rappels pour assurer la coordination et le suivi des alertes.

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.

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

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

Un comité d'éthique est en place depuis plusieurs années et a atteint sa pleine maturité. Constitué en conformité des règles législatives, le comité dispose d'un cadre conceptuel et de règles de fonctionnement. Le comité adresse les situations d'éthiques cliniques. L'équipe fait preuve de compétence et d'une grande stabilité.

Le cadre conceptuel est en révision et un plan d'action est en élaboration. Le cadre conceptuel prévoit adresser les situations d'éthiques cliniques, d'éthique de gestion et d'éthique de la recherche. Les membres du comité souhaitent se donner une nouvelle identité visuelle, favoriser le développement des capacités individuelles et accentuer la communication d'avis cliniques au sein des équipes.

Le modèle de gestion des situations éthiques cliniques favorise une plus grande décentralisation de la prise en charge des situations cliniques et met l'accent sur l'analyse des cas et la recherche de solutions par des rencontres et des discussions d'une réflexion éthique en équipe. Cette façon de faire favorise une plus grande appropriation du processus d'analyse et de la recherche de solutions par les équipes de professionnels.

On note que les membres du comité ont bien surmonté le défi d'accompagner les équipes de professionnels et les prestataires de soins afin qu'ils acquièrent et améliorent leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences en matière d'éthique. La diffusion et la communication d'avis cliniques demeurent cependant une priorité.

Sur les aspects de la recherche, notons que l'organisation ne conduit pas de projet de recherche fondamentale, mais il participe occasionnellement à des projets de recherche locaux et multicentriques. Toutes les demandes de participation à un projet de recherche local ou multicentrique sont adressées au Directeur des services professionnels qui reçoit et approuve les demandes après validation du projet au comité d'éthique à la recherche reconnu et autorisé.

Processus prioritaire : Communication

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

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 fait un excellent travail pour identifier ses partenaires politiques et communautaires. La présidente du conseil et la présidente-directrice générale sont en contact régulier avec les maires, les députés et les autres représentants de la communauté.

L'établissement est félicité pour ses réalisations sur le plan de la communication et de la mobilisation du personnel. Le service des communications est présent dans tous les projets de communications de l'établissement et supporte adéquatement l'équipe de cadres en englobant des activités de relations publiques, d'édition, de communications internes, de relation de presse et de soutien du site internet et d'une page Facebook, qui permet une présence de l'établissement sur les réseaux sociaux.

Soulignons le déploiement des affiches dynamiques qui s'avère un excellent moyen de communication et d'enseignement à la communauté.

Le journal interne – L'Échangeur 10 - est l'outil privilégié par la direction pour communiquer avec le personnel. Il traite abondamment des sujets qui font l'actualité au sein de l'organisation et différentes rubriques abordent les dossiers de la qualité, de la gestion des risques et de l'éthique clinique. Le conseil d'administration publie également un rapport mensuel des activités dans le journal - l'Écritôt. La direction utilisera prochainement une banque de courriel des employés pour adresser ses communications prioritaires.

L'établissement s'est doté d'un plan de communication qui identifie des objectifs et des moyens de communication. Le plan propose une série d'activités de communication stratégiques et opérationnelles internes et externes. Il est un outil de soutien à l'atteinte des objectifs établis dans la planification stratégique de même qu'à l'atteinte des objectifs annuels et des projets d'optimisation établie par l'établissement. Nous invitons l'équipe à compléter et à actualiser le plan stratégique de communication 2019-2020.

Enfin, tenant compte du caractère stratégique des interventions du service des communications, nous suggérons que le plan annuel de communication fasse l'objet d'une approbation et d'une reddition de compte au conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration pourrait se voir attribuer cette responsabilité.

L'établissement s'est également doté d'une politique de communication qui précise le rôle et la contribution attendue des responsables des différents niveaux de responsabilités de l'organisation.

L'organisation a relancé la procédure visant à l'engagement du personnel au respect de la politique de sécurité des actifs informationnels. Le mécanisme favorise maintenant que ce document soit signé à l'embauche du personnel.

Des politiques et procédures liées à la gestion de l'information comprennent des méthodes normalisées qui précisent les règles d'utilisation des systèmes d'information et le maintien de la confidentialité, de la sécurité et de l'intégrité des données et de l'information. Sur le plan des actifs informationnels, l'équipe effectue la gestion et le contrôle des accès. Les rapports d'incidents et d'accidents de sécurité informationnelle sont consignés et font l'objet d'un suivi.

L'établissement met à la disposition du personnel un réseau de communication interne de type < intranet > en soutien à la formation et au développement des compétences du personnel et à l'accès à la documentation et à l'information clinique et administrative. Ce système d'information permet notamment l'accès à la documentation administrative et la consultation en ligne des protocoles et techniques de soin. Le réseau de communication est en rehaussement et devrait faciliter la recherche dans le portail de données.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'environnement physique répond aux codes du bâtiment. Les systèmes d'urgence sont disponibles et vérifiés selon les normes. Des tests de qualité sont faits selon les recommandations et un registre est disponible. L'acquisition d'une nouvelle génératrice d'urgence permet de sécuriser les lieux en cas de panne électrique. Une collecte de besoins est faite annuellement pour identifier les différents projets d'amélioration. Le guide de maintien des actifs immobiliers sert de référence dans la priorisation des dossiers. Tous les projets de rénovation et de construction sont supervisés par le service de prévention des infections et un suivi serré est fait auprès des contracteurs. Les distributeurs de savon antiseptique sont disponibles dans tous les sites.

Différents projets énergétiques ont vu le jour ou sont en voie de réalisation. Parmi ceux-ci, notons le changement des chaudières à vapeur, la ventilation et le système d'éclairage. De plus, la récupération du papier est un autre exemple d'efficacité énergétique. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts de récupérations en faisant de petits gestes comme la récupération des cannettes.

La signalisation dans l'ensemble est visuelle et présente. Cependant, à l'entrée principale du site Chibougamau, on ne retrouve pas les informations pour les unités de soins. Il est suggéré de revoir certains éléments de signalisation dans le site Chibougamau.

À Chibougamau, les unités de soins sont encombrées en raison de l'absence de locaux disponibles d'où l'urgence pour le remisage du matériel. Il est suggéré de revoir certains réaménagements afin de diminuer les risques pour la clientèle. Il faut souligner la propreté et la sécurité de l'unité de longue durée du site Chibougamau. Les portes et les ascenseurs codés, l'impression d'une bibliothèque sur l'ascenseur sont dignes de mention. Le transfert dans un nouveau bâtiment dans les prochains mois sera sûrement un défi pour la clientèle et le personnel afin de s'approprier les lieux dans un environnement sécuritaire correspondant au milieu de vie. Parmi les éléments de décoration particuliers, il faut souligner la décoration de la salle d'oncologie. Dans tous les sites, le tableau des codes d'urgence est visible.

Les établissements du CRSSS sont un environnement sans fumée avec des interdictions de fumer sur l'ensemble des terrains. La cafétéria des employés est accueillante et colorée.

Le site Chapais est propre, bien entretenu et les corridors bien dégagés. Les systèmes de ventilation, la génératrice, les mesures d'incendie répondent aux normes. Des registres de contrôle sont tenus. La décoration est sobre, mais il faut noter la murale dans la salle d'oncologie faite par des dessins d'enfants et un magnifique lac de la région. Le choix des dessins a été fait par les patients qui reçoivent des soins en

oncologie. Belle initiative d'un exemple de patient partenaire.

Les systèmes d'entreposage de données de Chibougamau sont en redondance avec Chapais. Les sites de Matagami et de Lebel sont desservis par le site Chibougamau. La salle des serveurs informatiques est en surveillance continue. Des contrôles de température et d'humidité sont faits. Des extincteurs spécifiques sont disponibles en cas d'incendie dans cette salle. La salle pour l'entrée d'eau est la même que les archives radiologiques pour des rayons X pulmonaires. Il serait pertinent de revoir l'emplacement de ces archives pour assurer leur sécurité.

L'environnement physique du site Lebel est d'une propreté remarquable. L'aménagement et la décoration du secteur longue durée sont dignes de mention en raison de la beauté des peintures et surtout de la contribution du personnel à créer réellement un milieu de vie. Différents projets d'économie d'énergie sont en cours dont le chauffage et la ventilation. La génératrice est vérifiée et un registre est tenu. Afin d'assurer la sécurité des intervenants, un dispositif est disponible en lien direct avec la Sûreté du Québec. Les bureaux psychosociaux sont d'utilisation simple pour assurer la confidentialité.

Au site Matagami, les tests de contrôle des différents systèmes sont faits et enregistrés. Il faut noter la température de l'eau chaude qui est très élevée. L'équipe doit remédier rapidement à cette situation dans l'ensemble du centre, mais particulièrement dans le secteur de longue durée pour éviter des incidents malheureux. De plus, certains locaux sont encombrés.

L'accès aux différents sites est bien identifié. En dehors des heures régulières, l'information est visible si une urgence se présente.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.4 De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.	
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
14.6 Les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice sont utilisés pour réviser au besoin les plans et procédures relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgences.	
Ensemble de normes : Santé publique	
13.4 Le public est informé de la façon de signaler les menaces pour la santé publique et les urgences de santé publique potentielles ainsi que de l'endroit pour le faire.	
13.6 En collaboration avec les partenaires, un plan de communication pour informer le public à propos des urgences de santé publique est établi et respecté.	!
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)	
<p>Un plan de sécurité civile – Mission Santé a été élaboré et entériné par le conseil d'administration de l'établissement. Il inclut les dimensions de la sécurité civile soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. Le plan est adaptable en fonction des diverses situations qui peuvent survenir soit à l'intérieur de l'établissement ou dans la communauté. Les rôles et responsabilités sont bien définis et les équipes apprécient de connaître les attentes à leur égard de même que leur rôle en situation de mesures d'urgence.</p> <p>Ce document s'adresse aux autorités stratégiques, tactiques et opérationnelles de l'organisation, aux divers acteurs en matière de sécurité civile et de mesures d'urgence de même qu'il touche toutes les strates de professionnels de l'établissement. Toutefois, ce document est récent (2017) et nous</p>	

encourageons l'équipe à le publiciser auprès de l'ensemble des différentes équipes du CRSSS et des partenaires.

La nouvelle structure en sécurité civile a été testée verbalement en avril 2019 ce qui a permis aux divers intervenants de s'approprier leurs rôles et responsabilités. Ces rôles découlent de leurs responsabilités habituelles et ont permis de corriger certaines lacunes en cours d'exercice. D'autres exercices verbaux ont également été tenus à Lebel-sur-Quévillon et à Matagami.

Dès l'embauche, une formation en ligne sur les mesures d'urgence est offerte à tous les nouveaux employés.

Un dépliant intitulé « un événement important est arrivé » est offert à la population touchée par les mesures d'urgence ou de sécurité civile et permet à cette dernière de recevoir du support psychosocial.

Au cours des années, un événement récurrent de perte de téléphonie et de l'intranet a permis de réaliser des travaux avec des partenaires afin d'apporter une solution permanente pour assurer la sécurité des installations du CRSSS et de la population. Nous encourageons l'établissement à maintenir un suivi de l'état d'avancement du dossier de manière à apporter une solution permanente à une problématique majeure et récurrente.

Un retour sur l'événement lié à une mesure d'urgence ou de sécurité civile est toujours réalisé afin de tirer des leçons profitables pour l'ensemble des intervenants.

Nous invitons l'équipe à poursuivre les excellents travaux amorcés au niveau du plan de sécurité civile, à faire entériner le volet plan de communication et à le diffuser auprès des équipes.

Parmi les défis, nous invitons l'équipe à poursuivre la communication et la sensibilisation avec les élus des différentes municipalités ou le réflexe de concertation lors d'événements spéciaux organisés dans la ville doit devenir un incontournable.

De plus, nous invitons l'établissement à maintenir la formation en sécurité -incendie auprès de l'ensemble des équipes en y intégrant les médecins et toutes les équipes et aussi à réaliser des exercices de simulations. Des exercices de mise à l'essai pour d'autres situations d'urgence susceptibles de survenir sont également encouragés.

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	
3.3 Les équipes, les usagers et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité.	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'usager et la famille.	

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

Le projet d'implantation de l'approche patient/partenaire au sein de l'organisation a fait l'objet d'une analyse et réflexion soigneusement travaillée et s'inscrit dans les pratiques cliniques transversales du CRSSS. Élaborée à partir du cadre de référence ministériel, l'organisation a mis en place une procédure pour baliser les étapes et les modalités d'implantation de cette approche de partenariat et encadrer la pratique de cette démarche pour l'ensemble des installations du CRSSS.

Un bureau de partenariat a été mis sur pieds afin de soutenir les équipes pour le recrutement, l'accueil, la formation et l'accompagnement des futurs patients/partenaires. Une agente de planification a été recrutée et s'active à faire connaître l'approche patient/partenaire et les différents outils mis à la disposition des équipes pour structurer un projet de partenariat. Au 30 septembre 2019, plus de 50 personnes, dont une dizaine de médecins, ont déjà été rencontrées.

L'objectif de l'établissement est d'entreprendre 3 ou 4 projets partenaires au cours de la prochaine année. Les trajectoires de soins en santé mentale et en jeunesse, de même que la révision du programme des AVC est inscrite en priorité.

Mentionnons également que l'établissement compte déjà de nombreux projets élaborés avec la participation de l'usager et/ou ses proches à des niveaux divers de participation. Ces initiatives de projets devront être poursuivies et consolidées puisqu'elles s'inscrivent en tous points dans la philosophie de l'approche patient/partenaire d'associer l'usager, la famille dans les projets ou l'usager est, soit informé, consulté ou impliqué.

Le déploiement de l'approche patient/partenaire engendrera une modification des réflexes de gestion des membres des équipes et à ce titre, nous invitons l'organisation à mettre en œuvre les mesures de soutien

et d'accompagnement prévues au cadre de référence pour que soit optimisé le potentiel de collaboration entre les équipes et que les futurs usagers partenaires et les professionnels soient mieux outillés pour travailler en collaboration.

L'équipe est consciente des défis que pose l'implantation de l'approche patient/partenaire, mais elle devra porter une attention particulière aux points suivants pour assurer la réussite du projet;

Le bureau de partenariat doit :

- Agir à titre d'autorité pour sélectionner un partenaire.
- Soutenir et accompagner les intervenants à cette nouvelle philosophie de gestion.
- S'assurer de reconnaître la contribution des partenaires.
- Associer les partenaires à toutes les étapes du projet, incluant le processus de rétroaction et d'analyse.
- Donner de la rétroaction aux partenaires à toutes les étapes du cycle de vie d'un projet.
- Procéder à une analyse rétrospective des projets, assurer le suivi des recommandations et communiquer les conclusions.

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.	
Ensemble de normes : Retraitements des dispositifs médicaux réutilisables	
2.4 Une personne est nommée responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement de l'organisme, ce qui inclut le retraitement effectué à l'extérieur de l'URDM.	!
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.	
7.1 Des politiques claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	!
14.4 Le personnel se réfère aux PON pour déterminer s'il y a un problème de stérilisation et si un rappel est nécessaire.	!
14.5 Les PON sont appliquées pour procéder au rappel des articles dont la stérilité peut avoir été compromise.	!
14.8 Une politique est suivie pour la conservation de tous les avis de rappel et les rapports.	
15.4 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le service de retraitement et stérilisation des appareils et équipements médicaux réutilisables au CRSSS de la Baie-James a développé avec les années une organisation de travail fonctionnelle et efficace répondant au besoin de l'établissement.

Le personnel de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (URDM) bénéficie d'un programme d'orientation à l'embauche. Le personnel a terminé, ou est en cours de terminer, la formation en ligne dispensée par le Collège Saint-Laurent. Actuellement, trois personnes travaillent à l'URDM.

Le personnel de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (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.

Les matériaux utilisés pour l'aménagement sont adéquats et ne comportent pas de matériaux poreux. Les espaces facilitent le travail. L'accès est limité.

L'aire de décontamination est séparée des autres aires et fermée. La température et l'humidité sont suivies et consignées. L'employé a ce qu'il faut pour exécuter les tâches. Les procédures sont en place. Les directives de la compagnie sont respectées. On retrouve dans le cahier de lots pour chaque charge du stérilisateur les résultats des indicateurs biologiques.

Plusieurs procédures et précautions sont utilisées pour le déplacement du matériel de l'URDM qui est acheminé dans les centres satellites. La lourdeur des valises peut être un risque pour la sécurité des employés. L'équipe travaille avec le comité paritaire afin d'améliorer la situation.

Concernant le rappel des dispositifs médicaux qui se rattachent à un cycle de stérilisation, l'équipe n'a pas de système de traçabilité. Cependant, selon le personnel, les charges ne sont pas volumineuses et il est facile de les retracer.

Afin de s'assurer qu'il n'y a pas de rappel, le préposé à l'URDM vérifie la conformité de la charge et la conformité de chaque paquet avant chaque distribution. Lors de la visite en 2016, l'équipe de l'URDM avait fait parvenir des preuves supplémentaires à Agrément Canada afin d'apporter des précisions sur la traçabilité du matériel. L'équipe est encouragée à s'assurer de la conformité de sa procédure en accord avec les plus hauts standards de pratiques. Une procédure de traçabilité serait la bienvenue dans l'établissement.

Certains éléments, que devraient contenir les politiques pour les services de retraitement, se retrouvent dans les procédures d'opérations normalisées (PON) de l'URDM ou dans les avis d'affichage de postes. Il y aurait avantage à s'assurer que tous les éléments notamment, les responsabilités des membres de l'équipe, les titres et compétences du personnel, y compris le perfectionnement, la formation et l'évaluation des compétences, la prévention et le contrôle des infections, la santé et sécurité au travail, les exigences relatives aux sous-traitants de l'interne et de l'externe et les procédures de rappel figurent dans les politiques et procédures de l'URDM.

L'URDM utilise des indicateurs, notamment des audits, les rapports d'analyses en retraitement des dispositifs médicaux, les rapports de déclarations d'incident ou d'accident pour améliorer ses pratiques. L'équipe est encouragée à relier ces indicateurs à des objectifs d'amélioration de la qualité. Ces objectifs devraient être simples, mesurables, atteignables et réalisables dans un temps donné (SMART).

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	
2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.	 PRINCIPAL
2.5.4 La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé ciblé.	

2.5.6	Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	SECONDAIRE
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.	!
8.5	Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système informatique de la pharmacie en fonction de l'information sur les meilleures pratiques et en obtenant l'avis des équipes.	
14.9	La conformité aux politiques et aux procédures relatives aux ordonnances de médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	!
15.1	Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
18.2	Les médicaments sont délivrés dans des emballages à dose unitaire.	!
25.4	Le comité interdisciplinaire favorise l'échange d'information avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe au sujet des mesures qui ont été recommandées et des améliorations qui ont été apportées.	
27.1	Les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion des médicaments sont fournies.	
27.4	Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement son mécanisme de gestion des médicaments de façon approfondie.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

L'équipe de pharmaciennes est petite et répond aux besoins des différents sites du CRSSS. La pratique professionnelle en pharmacie est basée sur les données probantes, les guides cliniques, dont le manuel d'Ottawa.

L'équipe est jeune, dynamique, mais doit conjuguer avec le manque de ressources dans le secteur. Des pharmaciens dits dépanneurs viennent supporter l'équipe locale. Un guide d'accueil est préparé pour faciliter leur intégration. Les lieux physiques de la pharmacie sont propres, modernes et répondent aux standards pour la préparation et la distribution des médicaments. Un « robot » permet la préparation des médicaments dans un système unidose. Cependant, lors de la livraison pour les patients de courte durée, tous les médicaments d'une même heure sont ensachés ensemble. Il serait pertinent de revoir les risques relatifs à cette pratique particulièrement lors de la cessation de médicaments.

Malgré des heures de visite limitée 7 jours sur 7, l'équipe répond aux différentes demandes sur place, ou de garde, lorsque des besoins particuliers sont exprimés autant par l'équipe médicale qu'infirmier. Les pharmaciennes sont très disponibles. Le système de vérification et de validation des ordonnances est bien connu du personnel et de l'équipe de la pharmacie. En cas d'écart, un suivi est fait auprès des personnes.

En l'absence de comité interdisciplinaire, le comité de pharmacologie du CMDP fait office de comité officiel où les problématiques, les interrogations, les procédures et les politiques, le plan d'action et le suivi des indicateurs sont discutés en présence des différents professionnels de l'établissement. L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux et à réactiver le comité interdisciplinaire ou de l'intégrer au comité de pharmacologie.

L'équipe est félicitée pour sa télépharmacie qui permet de répondre aux besoins des sites, sauf celui de Chibougamau. Selon les intervenants terrains, les patients se disent très satisfaits de ce service, car ils peuvent parler directement à la pharmacienne et avoir des réponses à leurs questions.

Le programme de gérance des antimicrobiens est disponible. Un suivi serré est fait tous les jours par les pharmaciennes et, au besoin, une discussion avec l'équipe médicale est faite pour revoir la médication d'antibiotiques. Il est suggéré de faire une révision de ce programme qui date de 2014.

Des politiques et procédures sont en cours de réalisation ou font l'objet de projets. L'équipe est félicitée et est encouragée à poursuivre ses efforts de concrétisation dans un contexte de ressources humaines limitées.

Parmi les politiques à élaborer en priorité, notons celle sur le contrôle des narcotiques.

À Chibougamau, les médicaments à haut risque sont identifiés. Cependant, il serait utile de s'assurer d'une bonne visibilité de cette information particulièrement dans les chariots à médicaments.

Dans l'ensemble des sites, l'inventaire de certains médicaments dans les chariots et les cabinets décentralisés ou la disponibilité de médicaments pourrait être revue pour optimiser les services pharmaceutiques. Des médicaments doivent être jetés en raison des dates de péremption. Ces économies pourraient permettre l'approvisionnement de certains médicaments déjà préparés comme certains antibiotiques.

Les pompes et les pousse-seringues dites intelligents sont présents dans les différents milieux. Sur le site Chibougamau, on a débuté l'utilisation de la bibliothèque de médicaments sur les pousse-seringues au bloc opératoire. L'équipe est encouragée à poursuivre le déploiement de la bibliothèque à médicaments pour le CRSSS afin d'utiliser ces outils de façon sécuritaire.

L'administration de la salle de chimiothérapie respecte les normes de préparation, de livraison et d'administration. Tout est centralisé à Chibougamau. La planification des traitements se fait en fonction des journées de livraison pour les autres sites.

Dans deux sites visités, soit Chibougamau et Lebel, la procédure d'administration des médicaments n'est pas conforme. Il est suggéré à la Direction des soins infirmiers de revoir tout le circuit du médicament pour que le personnel infirmier fasse une administration sécuritaire.

Au site Chapais, la responsabilité de la médication et des différentes procédures est faite par le site Chibougamau. Le contenu du cabinet décentralisé est fait par le service de pharmacie. Les médicaments à haut risque ne sont pas identifiés. L'équipe doit déterminer un moyen pour s'assurer de l'identification de ces médicaments. Le personnel infirmier dispose de ressources pharmacologiques, du guide d'Ottawa ou de documents et même de la télésanté en cas de besoin.

Aux sites Lebel-Sur-Quévillon et Matagami, les pratiques pharmaceutiques sont assujetties au fonctionnement de la pharmacie centrale de Chibougamau. Les cabinets décentralisés sont disponibles et répondent aux besoins des intervenants. Selon les intervenants, l'équipe de pharmacie est très disponible pour répondre à leurs besoins. Les différents outils de documentation sont en place. Les médicaments à haut risque ne sont pas identifiés. Il est suggéré de faire une vérification de tous les médicaments à haut risque et de les identifier.

Dans l'ensemble, l'équipe fait un excellent travail dans le contexte actuel pour répondre aux besoins des intervenants. Le rapport annuel 2018-19 fait état des nombreux travaux entamés par l'ancienne équipe et consolidés avec l'arrivée en poste des nouvelles gestionnaires. Cependant, il est suggéré à l'équipe de pharmaciennes et des assistants techniques de faire une tournée de tous les sites beaucoup plus fréquemment afin de s'assurer que le circuit du médicament soit conforme aux standards de pratique pharmaceutique.

Pour conclure, citons les nouvelles gestionnaires : « Dans une vision de continuer à bâtir un département de pharmacie qui place les usagers au centre des priorités, toute l'équipe de la pharmacie continuera de maintenir et de faire progresser le milieu. »

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
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.	!
9.5 La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
14.1 Il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le CRSSS s'est doté d'un comité multidisciplinaire régional afin d'harmoniser les pratiques dans tous ses centres en matière de prévention et contrôle des infections.

Le programme de prévention et contrôle des infections (PCI) 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, certains sont à finaliser et à adopter. Des affiches concernant les mesures à prendre lorsqu'un usager est contaminé sont présentes.

Retenons dans les forces le dynamisme de l'équipe, une équipe complète, la compétence et la connaissance de ses membres, la proximité des intervenants. Retenons aussi les tournées de tous les centres malgré les distances.

L'équipe de PCI multiplie les outils à multifacettes afin de sensibiliser au maximum le personnel, les usagers, les visiteurs et tous ceux qui fréquentent le CRSSS.

L'équipe de prévention et contrôle des infections est complète, 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'éclosions.

La collaboration de l'équipe PCI notamment avec les directions cliniques, d'hygiène et salubrité, de la santé publique et des services techniques est palpable et vécue positivement. Par exemple, il est devenu la norme de s'adoindre la conseillère en prévention des infections pour tous les débuts et suivis de projet de rénovation ou de construction.

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. 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. De plus des affiches sont bien visibles à plusieurs endroits. Quant aux bénévoles, ils apprécieraient plus d'informations et de formations.

Le document concernant la désinfection du matériel communément appelé "zone grise" date de 2014. Le processus de révision est en cours. Le matériel est identifié, ainsi que la solution à utiliser de même que la fréquence du nettoyage requis. L'attribution de la responsabilité est presque complétée. Le document sera prochainement approuvé et, par la suite, distribué.

Les stratégies utilisées pour la promotion du lavage des mains ont porté des fruits. L'audit le plus récent sur l'observance de l'hygiène des mains indique un taux de conformité qui varie de plus de 60 % à plus de 90 % dépendamment des secteurs. L'équipe est encouragée à poursuivre les efforts pour atteindre la cible de 80 % dans tous les secteurs.

L'équipe est bien présente à l'interne. Elle l'est aussi à l'externe. Des partenariats avec l'école primaire lors d'une éclosion de pneumonie ou dans une garderie ou encore lors d'une intoxication alimentaire dans un centre de soins de longue durée sont des exemples révélateurs de son approche populationnelle.

Dans l'établissement, notamment au centre de santé de Chibougamau, la réception de la marchandise propre, l'expédition du matériel souillé, la réception des plusieurs aliments se font par un même quai de débarquement. Certaines denrées alimentaires comme l'eau, le lait et le pain sont directement acheminés par le quai de débarquement des services alimentaires. L'équipe de prévention des infections est encouragée à s'assurer que l'ensemble des procédures respecte les meilleures pratiques en hygiène et salubrité.

Le personnel du CRSSS a accès aux politiques et procédures en lien avec la prévention des infections. Elles ne sont pas regroupées sous une seule icône dans l'intranet. La convivialité des systèmes d'information peut poser un problème lorsque l'intervenant cherche une procédure. L'équipe est encouragée à s'assurer que l'information pertinente est facilement accessible pour le personnel, incluant les professionnels de la

main-d'œuvre indépendante.

L'équipe a déjà identifié plusieurs travaux en lien avec l'amélioration continue au regard de la prévention et du contrôle des infections. L'équipe est encouragée à préparer un échéancier des travaux.

L'équipe est encouragée à formuler des objectifs SMART (Simple, Mesurable, Atteignable dans un Temps donné).

L'équipe aurait avantage à mettre en place un processus formel qui permettrait aux bénévoles, aux usagers et aux familles de fournir leurs commentaires et de signaler les cas de non-conformité aux politiques et aux procédures de la prévention et du contrôle des infections.

L'équipe de santé et sécurité au travail est impliquée dans les conditions ambiantes qui prévalent au sein de l'établissement. Il y aurait avantage, si cela n'a pas été réalisé, de s'assurer que les interventions sont conformes aux versions récentes des normes Z8000 et Z317.2 du Conseil canadien des normes (CSA).

Considérant l'importance de la prévention, l'équipe est encouragée à poursuivre la diffusion de son programme de formation sur la prévention des infections et le contrôle des infections à un plus vaste auditoire, notamment les bénévoles, les partenaires et la communauté.

Concernant l'alimentation, des mécanismes permettant de minimiser la contamination ont été mis en place. Une attention particulière est portée à la température des aliments. L'équipe est invitée à s'assurer que cela est réalisé dans tous les centres.

Bien que des précautions sont prises pour éviter la contamination, le circuit des endoscopes demeure complexe. L'équipe de prévention des infections devrait assurer une vigie régulière dans ce secteur névralgique ou encore, évaluer la pertinence de revoir le trajet.

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Processus prioritaire : Santé publique	
<p>1.7 Dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé de la population, l'information relative à l'environnement physique naturel ou bâti et à ses répercussions sur la santé est obtenue et analysée.</p>	
<p>2.6 Un processus permet d'évaluer le système de surveillance et de l'améliorer.</p>	
<p>3.3 L'information recueillie au sujet de la communauté est utilisée pour définir la gamme des services de santé publique et dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de santé sont décelés.</p>	
<p>3.8 Les services de santé publique sont conçus avec l'apport des membres de la communauté, de manière à remédier aux risques présents dans l'environnement physique naturel ou bâti qui ont été cernés par l'évaluation de l'état de santé de la population et qui ont des répercussions sur la santé.</p>	
<p>3.12 Un examen de l'utilisation des ressources est effectué régulièrement pour s'assurer que celles-ci sont utilisées de façon appropriée.</p>	
<p>6.4 Une stratégie documentée vise à faire participer les partenaires à la mise en oeuvre du plan d'amélioration de la santé de la population.</p>	!
<p>6.6 La pertinence et l'efficacité des partenariats sont évaluées de façon continue.</p>	
<p>7.6 L'efficacité des stratégies de communication est évaluée régulièrement, et des améliorations sont apportées à la lumière de cette évaluation.</p>	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le mieux-être et l'équilibre famille-travail sont favorisés. Nous avons rencontré des infirmières au programme « Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance » (SIPPE) qui font le quart de travail 4-32 soit 4 jours de travail, pour 32 heures travaillées. Elles en sont très satisfaites.

Dans un souci d'avoir les bonnes ressources disponibles et compétentes pour rendre les services appropriés au bon moment, nous invitons l'établissement à poursuivre les efforts d'ajustements de cet ordre.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de la Santé publique reçoit de la formation en cours d'emploi et démontre un niveau de compétence élevée.

Le souci d'aller au fond des choses est un leitmotiv qui fait consensus.

Nous invitons la direction à s'assurer que toutes les ressources sont utilisées à leur plein potentiel. Nous attirons l'attention sur le fait que les ressources en place sont très spécialisées et qu'il faut maintenir le niveau de compétence et de motivation à son meilleur. Les membres de l'équipe doivent non seulement démontrer un rendement approprié, mais ils doivent également sentir que les services rendus sont appréciés et apportent une plus-value à la mission première de la direction

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs indicateurs sont suivis par l'équipe et donnent la mesure des activités mises en place.

Nous invitons l'établissement à s'assurer que de la rétroaction sur l'ensemble des activités et la compilation des résultats soit disponible soit à la population, aux partenaires et à tous ceux ayant contribué à la cueillette de l'information.

Processus prioritaire : Santé publique

L'équipe de la Santé publique peut compter sur des ressources compétentes à l'interne. Elle obtient le support du Directeur de la santé publique de la région des Laurentides. Ce dernier, bien que présent occasionnellement, peut compter sur une directrice adjointe, des médecins et des cliniciens experts dans leurs champs de compétences.

Plusieurs cas traceurs ont été présentés au cours de notre visite et nous avons été à même de constater que les enlignements pris par la direction sont bien intégrés au niveau des opérations que ce soit au niveau des écoles, des centres à la petite enfance ou des autres installations visitées.

Nous soulignons le travail documenté de l'approche 0-5-30 mis de l'avant dans les années antérieures et dont les résultats des travaux ont permis à l'équipe de repositionner la surveillance des indices de bonne

santé pour la population de son territoire. Un rapport d'évaluation de l'approche a été documenté en 2017 et maintenant les actions sont intégrées dans le plan d'action régional de Santé publique.

Nous invitons l'établissement à bien s'assurer que les partenaires sont sensibilisés et supportent les actions du plan d'action régional de Santé publique. À cet effet, une offre de services aux entreprises est en voie de préparation par l'équipe. Une réflexion approfondie pourrait amener l'équipe à identifier d'autres pistes non explorées pour sensibiliser les partenaires de la communauté à l'importance de l'ensemble des activités du Plan d'action régional (PAR).

Le dossier de la toxi-infection alimentaire présenté lors de notre visite démontre de la rapidité et de la compétence des professionnels de la santé publique lors d'une situation imprévue d'enquête et de protection de la santé de la population. Nous invitons l'établissement à faire de la rétroaction auprès des personnes qui sont touchées par ce type d'événement de manière à revoir les protocoles et l'approche utilisée lorsque la situation survient. En post événement, lorsque les personnes touchées ont repris de la solidité il peut être pertinent de recueillir leurs commentaires dans une approche d'amélioration continue des processus. Bien entendu, un suivi des recommandations doit se faire dans un esprit de communication et de rétroaction avec les partenaires de toute nature.

Nous notons que plusieurs évaluations de la satisfaction de la clientèle datent. Il serait opportun de les intégrer au plan d'amélioration de la qualité pour la santé publique ce qui permettrait de les réaliser sur une base régulière et d'avoir une rétroaction des mesures mises en place de manière à voir les tendances année après année. Néanmoins, nous soulignons le fait que l'idée d'aller recueillir les commentaires de satisfaction de la clientèle est bien ancrée au sein de l'équipe. Pour différents projets, les commentaires sont recueillis. Toutefois, il peut être intéressant de formaliser un questionnaire de satisfaction de la clientèle qui regroupe l'ensemble des projets du PAR.

Nous invitons également la direction à poursuivre les efforts de soutien à la mission-école en santé de même que les infirmières qui y œuvrent au quotidien. Elles doivent détenir l'information pertinente pour convaincre la direction de l'école des bienfaits des actions de santé publique mise de l'avant. Les données disponibles, autant pour les infirmières que pour les directions d'écoles sont régionales et ne reflètent pas en temps réel la situation vécue au niveau de la santé des jeunes des écoles.

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

Agrement 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 : 11 juin 2018 au 26 septembre 2018**
- **Nombre de réponses : 11**

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	Organisation
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	95
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	9	91	97
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	80	10	10	74
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	10	90	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.	0	27	73	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 etassument 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.	90	10	0	65
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	9	91	93
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	11	56	33	86
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	9	91	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	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.	10	30	60	79
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	65

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
				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	10	90	83
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	18	82	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	20	80	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	90	0	10	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.	45	45	9	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	80	20	96
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	10	90	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	9	91	91
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	89
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	91	9	0	81
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	10	90	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	9	91	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	Organisation
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	9	91	94
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	10	90	89
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	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	Organisation
33. La sécurité des usagers	0	10	90	83
34. La qualité des soins	0	10	90	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.

Commentaires de l'organisme

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

Nous avons pu constater que les visiteurs ont pris connaissance de toutes les trajectoires des séquences 1 et 2, ce qui leur a permis de faire une photo représentative du CRSSS de la Baie-James.

Ils se sont investis par des visites des lieux, des rencontres avec différents partenaires, des appels téléphoniques, entre autres. Leur présence a démontré autant à la direction qu'au personnel de tous les niveaux leur souci de rigueur.

Certaines modifications ont été prise immédiatement (pose d'affiche et remplacement de distributeur pour le lavage des mains dans certaines salles de bain), d'autres auront lieu prochainement (diminution de la température de l'eau sur un site). Une fois que nous auront reçu le rapport final et après en avoir pris connaissance collectivement, des plans d'amélioration seront dégagés et appliqués dans nos installations.

Globalement, les résultats de l'évaluation nous semblent justes. Les visiteurs ont dressé un portrait mettant l'accent autant sur nos succès que sur nos défis.

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.