



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

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

Baie-Comeau, QC

Dates de la visite d'agrément : 21 au 24 octobre 2018

Date de production du rapport : 5 décembre 2018

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 2018. 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'particip 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

<b>Sommaire</b>	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
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	10
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	17
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	20
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	22
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	29
Processus prioritaire : Cheminement des clients	30
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	31
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	36
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	36
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	41
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	44
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	47
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	47
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	51
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	52

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme 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 : 21 au 24 octobre 2018**

- **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 administratif
2. Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Sept-Îles
3. CLSC de Sept-Îles
4. CLSC Lionel-Charest
5. CSSS de Port-Cartier
6. Hôpital et CHSLD de Sept-Îles
7. Hôpital Le Royer

- **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









- **Outil**

L'organisme a utilisé l'outil suivant :

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

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	55	1	1	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	13	3	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	185	25	6	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	50	14	4	68
 Services centrés sur l'utilisateur (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.)	207	62	15	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	27	2	3	32
<b>Total</b>	<b>561</b>	<b>110</b>	<b>37</b>	<b>708</b>

## 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	37 (90,2%)	4 (9,8%)	9	29 (100,0%)	0 (0,0%)	7	66 (94,3%)	4 (5,7%)	16
Leadership	40 (87,0%)	6 (13,0%)	4	77 (84,6%)	14 (15,4%)	5	117 (85,4%)	20 (14,6%)	9
Prévention et contrôle des infections	27 (67,5%)	13 (32,5%)	0	23 (79,3%)	6 (20,7%)	2	50 (72,5%)	19 (27,5%)	2
Gestion des médicaments	70 (89,7%)	8 (10,3%)	0	46 (79,3%)	12 (20,7%)	6	116 (85,3%)	20 (14,7%)	6
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	59 (69,4%)	26 (30,6%)	3	24 (60,0%)	16 (40,0%)	0	83 (66,4%)	42 (33,6%)	3
Santé publique	46 (97,9%)	1 (2,1%)	0	69 (100,0%)	0 (0,0%)	0	115 (99,1%)	1 (0,9%)	0
<b>Total</b>	<b>279 (82,8%)</b>	<b>58 (17,2%)</b>	<b>16</b>	<b>268 (84,8%)</b>	<b>48 (15,2%)</b>	<b>20</b>	<b>547 (83,8%)</b>	<b>106 (16,2%)</b>	<b>36</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	0 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Non Conforme	4 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

Depuis les dernières visites d'agrément, une nouvelle organisation de services englobant tous les établissements de la région administrative de la Côte Nord a émergé sous une gouverne administrative plus élargie.

L'organisation du CISSS nouvellement créé a été confrontée à de nombreux défis notamment par la distance entre les multiples installations et les façons de faire différentes; le maintien de l'offre de services à la clientèle; la révision des programmes et continuum de soins et services; l'optimisation des processus dans une perspective d'équilibre budgétaire; ainsi que la mobilisation de tous les employés et acteurs communautaires du CISSS dans un contexte de profonds changements.

Le contexte particulier de la Côte Nord représente à lui seul un immense défi au niveau de l'attraction et de la rétention du personnel.

Différentes stratégies ont été progressivement mises en place pour soutenir la transformation. Plusieurs projets d'optimisation ont été identifiés et conduits dans plusieurs secteurs de l'organisation.

L'organisation est félicitée pour la conduite des travaux visant l'implantation du modèle de participation de l'utilisateur et sa famille qui s'inscrit dans une vision intégrée de la participation de l'utilisateur et sa famille à tous les niveaux de la gouverne. Nous avons constaté le haut niveau de maturité des équipes à intégrer des patients dans des projets concernant les trajectoires de soins et services.

Le plan de mobilisation et les stratégies déployées pour se conformer aux normes de l'agrément au sein de l'organisation sont remarquables. Les efforts déployés doivent se poursuivre afin de les faire vivre dans les opérations quotidiennes.

Les équipes démontrent une grande sensibilité aux besoins des patients dans l'ensemble de l'organisation et ceci est particulièrement vrai pour les usagers en première ligne. Lors des rencontres faites par les visiteurs d'agrément Canada, les équipes ont démontrés une belle humanité dans leurs rapports avec la clientèle. Les équipes nous sont apparues soucieuse de s'améliorer et ont fait preuve de transparence lors des rencontres.

Tenant compte de l'ampleur des activités à réaliser, nous constatons que le projet de transformation du CISSS de la Côte Nord est bien engagé.

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

- La mise en place des premiers jalons de l'intégration de l'utilisateur dans le continuum de services (patient partenaire);

- L'actualisation d'un programme de gestion des risques;
- La consolidation du Bilan comparatif des médicaments (BCM), à l'admission, au transfert et au congé;
- la mise en place d'une salle de pilotage stratégique. Le déploiement des salles de pilotages au niveau tactique et l'amorce des travaux pour le déploiement des stations opérationnelles;
- La mise à niveau du site intranet CISSS ou les différentes instances déposent des documents accessibles à tous.
- l'élaboration d'un plan d'action régional de Santé publique 2016-2020 comportant 5 axes bien précis :
  - le développement global des enfants et des jeunes;
  - L'adoption de mode de vie e la création d'environnements sains et sécuritaires;
  - La prévention des maladies infectieuses;
  - La gestion des risques et les menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires;
  - Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants;

Finalement, le CISSS de la Côte Nord fait également face à certains défis :

- L'appropriation et la communication des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein des équipes.
- Le soutien continu de l'équipe pour favoriser le changement et développer une véritable culture de sécurité et de qualité.
- Le recrutement et la rétention du personnel. On note par ailleurs la démarche de consultation intitulée le Sommet sur la main-d'œuvre, qui est un exemple probant de l'attention accordée par l'équipe de gestion à cette problématique ;
- Développer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité et poursuivre le développement d'une culture d'amélioration de la qualité axé sur les résultats;

En terminant nous ne pouvons passer sous silence les observations suivantes dignes de mention pour le secteur de la Santé Publique:

- ? Des intervenants mobilisés au service des collectivités pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie;
- ? Innovation sociale avec l'élaboration d'un guide de l'utilisateur partenaire et sélection d'un usager partenaire associé pour un projet prometteur pour les jeunes 12-25 ans : Le Projet Aire Ouverte en collaboration avec un chercheur de l'Université Laval.
- ? Portrait de la population de la MRC de la Haute -Côte-Nord dans une perspective de développement social avec l'adoption de la Loi sur le développement social;

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b> Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Programme d'entretien préventif</b> Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 9.8</li> </ul>
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b> Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 2.12</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains</b> La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prévention et contrôle des infections 8.1</li> </ul>

## 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.

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
13.4 Le conseil d'administration suit un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement et son efficacité.	!
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.	!
13.10 Le conseil d'administration cerne les possibilités d'amélioration de son fonctionnement et leur donne suite.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le conseil d'administration est dynamique et mobilisé. Les membres sont de plus en plus confortables dans leur rôle lié à la gouvernance et sont soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés à leurs besoins. La cohésion et la vision des membres du conseil a permis une plus grande appropriation du CISSS comme organisation de santé territoriale.

Les membres du conseil font preuve de leadership en matière de qualité des soins services et de la sécurité de la clientèle en intégrant dans leur processus de gestion une plus grande préoccupation au regard de la sécurité et de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. 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 et de la gestion des événements sentinelles et les incidents



accidents évités de justesse. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation des plans de relève.

Un tableau de bord complet, comprenant des indicateurs de suivis cliniques et administratifs, est produit pour le compte du conseil d'administration. Le conseil est informé de toutes situations à risque, la fréquence et la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents. Le conseil d'administration devra se doter d'un programme structuré d'évaluation de son rendement et de son efficacité. Un tel processus devrait également permettre d'apprécier la contribution de la présidence et celle des membres.

Le conseil d'administration a mis en place différents sous-comité de travail pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et responsabilités. Ces comités adressent les dossiers liés à la gouvernance, à la vérification et aux finances, la qualité et la sécurité et la gestion des ressources humaines. Le conseil est informé de toutes situations à risques, la fréquence et la gravité des événements indésirables, ainsi que des plaintes et des incidents et accidents.

Tous les membres du conseil d'administration 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 le président du conseil et le président-directeur général. Les membres sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et des activités de formation continue leur sont offerte pour développer et maintenir leur habiletés de gouvernance.

L'établissement est résolument engagé dans le processus visant l'intégration des patients et familles dans les programmes et continuums de soins et services. Quelques projets patients-partenaires sont déployés ou en voie de l'être. Nous encourageons fortement le conseil d'administration à s'approprier cette démarche qui concerne une nouvelle exigence du programme d'agrément Canada. Notons que le MSSS prévoit accompagner les établissements dans cette démarche et les orientations ministérielles sont attendues.

Les membres du conseil d'administration accordent une attention particulière à la reconnaissance de la contribution des membres des équipes. Plusieurs activités et mécanismes de reconnaissance sont en place et sont très appréciés du personnel. Nos observations sur le terrain nous amènent cependant à la proposition d'élaborer une politique de reconnaissance organisationnelle pour encadrer cette philosophie.

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 et des objectifs opérationnelles est en vigueur dans l'établissement. Tenant compte du caractère stratégique d'un tel plan, nous suggérons que le plan annuel soit adopté par le conseil et qu'une reddition de compte soit effectuée annuellement.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'établissement est invité à compléter les travaux visant l'élaboration du cadre de référence à l'implantation du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et à la mesure de l'expérience client. Un tel cadre devrait établir la philosophie du CISSS et prévoir les mécanismes qui permettent d'obtenir l'apport ou la contribution des usagers/famille. Enfin, des activités de soutien, incluant la formation et le perfectionnement des équipes de soins et services devrait être prévues.

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 et nous invitons l'établissement à compléter la démarche d'identification et de priorisation des risques à l'aide d'une grille de criticité.

Un processus structuré de gestion du changement est implanté pour coordonner le portefeuille de projets et encadrer la démarche reliée à l'optimisation de la performance clinique et administrative en lien avec les objectifs organisationnels établis dans le cadre de la planification stratégique.

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. Tous les partenaires contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'établissement dispose de règles d'attribution des contrats et les niveaux d'autorisation sont établis selon le niveau de responsabilités. Les rapports de conformité à la loi sont transmis au comité de vérification annuellement.

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. Par ailleurs, pour contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources, l'équipe devrait identifier et mettre à la disposition des gestionnaires, des indicateurs de résultats par secteurs d'activités et rendre les cadres plus imputables des écarts.

Deux conseillers financiers supportent les cadres à toutes les étapes du processus de gestion et de contrôle financier.

L'équipe a fait appel à une consultante externe pour apprécier la performance des unités et services et orienter ses décisions relatives à l'attribution des ressources. Les conclusions et recommandations du rapport, ont permis de cerner les centres d'activités non performants et d'identifier les cibles de réduction de dépenses. Les dossiers font l'objet d'une démarche d'optimisation dont les gains devraient permettre d'atteindre les objectifs de réduction budgétaire et de réallocation financière.

Soulignons la mise en place de la salle de pilotage et le programme de déploiement des salles de pilotages tactiques et opérationnelles qui viendront 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 permettront également la mise en place d'un forum de discussion et d'appropriation des défis et des principales réalisations sur le plan de l'amélioration de la qualité et la réduction des risques de leur unité administrative


L'équipe dispose depuis peu d'un inventaire complet des équipements médicaux généraux et spécialisés, ce qui devrait faciliter la tâche de l'équipe pour la planification triennale des équipements. Nous invitons par ailleurs l'équipe à se doter d'un système centralisé de gestion de l'entretien préventif des équipements médicaux pour assurer un fonctionnement optimal des équipements et planifier le remplacement et ou le rehaussement des équipements

L'équipe a mis en place une équipe de gestion de projet afin de lui permettre de disposer des moyens de prioriser les projets qui offrent le meilleur retour sur investissement en conformité des orientations stratégiques et en tenant compte des contraintes de l'organisation et notamment, la capacité opérationnelle des gestionnaires d'assurer la réalisation des projets. Nous avons constaté que des projets

de réorganisation sont initiés pour répondre à des impératifs de performance de direction, mais ne s'inscrivent pas nécessairement dans la logique de la planification stratégique. Nous suggérons à l'organisation de confier au bureau de projet l'autorité pour évaluer et documenter l'Impact de tous les projets et de soumettre au comité de direction les dossiers pour approbation et inscription à la charte de projet de l'organisation.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
2.9 Des politiques de santé et de sécurité au travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents sont élaborées et mises en oeuvre.	!
2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>
2.12.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	
2.12.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.	
10.7 Les profils des postes sont élaborés et mis à jour régulièrement, et ce, pour chacun des postes.	
10.8 Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers sont définis par écrit.	!
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.	!
10.12 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	
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 des ressources humaines est en complète réorganisation et est confrontée à d'énormes défis en regard du recrutement et de la rétention de la main-d'œuvre. Elle fait face à un taux de roulement du personnel et à des taux d'assurance salaire et de main-d'œuvre indépendante qui fragilise l'organisation. Au moment même où elle révisé l'ensemble de ses processus de gestion, elle fait face à une demande accrue de soutien de la part des gestionnaires.

L'équipe de la dotation vient de compléter un exercice de révision de son fonctionnement. La cartographie des processus a été complétée et un plan d'action été élaboré pour uniformiser les processus et préciser son offre de service.

En parallèle, l'organisation a lancé un vaste chantier de consultation sur la main d'œuvre (Sommet sur la main-d'œuvre), à lequel ont participé plus de 160 intervenants de tous les secteurs de l'organisation afin d'identifier les causes au problème de pénurie et de rétention de la main-d'œuvre et de proposer des pistes de solutions. Un comité de priorisation et 5 sous-comités ont été mis en place pour adresser les problématiques identifiées. Les conclusions et réflexions de ces sous-comités orienteront les activités de l'équipe des ressources humaines au cours des prochains mois.

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'équipe compte donner une suite au programme pour adresser le dossier de la relève des cadres intermédiaires.

L'organisation mène depuis le mois d'avril 2018 des entrevues de départ de façon systématique. L'information découlant des entrevues de départ sera cumulée pour une première période de 6 mois et fera ultérieurement l'objet d'une analyse. Nous suggérons de systématiser ce processus par le biais d'une procédure administrative claire pour colliger cette information sensible et nécessaire pour identifier toutes possibilités d'apporter des correctifs structurels ou administratifs et réduire ou retarder le départ des employés.

L'équipe est félicitée pour l'élaboration du programme de premier répondant qui vise à apporter du soutien aux nouveaux employés en les jumelant à un pair lors de son intégration dans son équipe de travail. L'organisation est invitée à poursuivre les travaux visant l'implantation de ce programme

L'accueil des nouveaux employés fait l'objet d'une démarche structurée dans l'organisation. L'établissement compte par ailleurs réviser le processus d'accueil des nouveaux employés afin qu'il devienne une pièce maîtresse des objectifs de rétention de la main d'œuvre. L'accueil sera d'une durée d'une journée et répondra aux besoins de gestion administratifs des dossiers et la communication de la mission, de la vision et des valeurs de l'établissement et intégrera le programme de jumelage avec un pair. L'implantation du programme est prévue pour le mois de janvier 2018.

Les interventions pour faire cesser la violence au travail sont pertinentes. La direction favorise le règlement des situations en confiant au cadre de premier niveau le soin de proposer un plan de rétablissement. Le conseiller en ressources humaines est interpellé pour tous dossiers n'ayant pas fait l'objet d'un règlement.

Plusieurs activités d'amélioration de la qualité de vie au travail sont présentes dans l'organisation, mais nous suggérons que soit élaboré un programme structuré d'amélioration de la qualité de vie au travail, incluant des stratégies et un plan d'action. Un tel programme devrait faire l'objet d'une consultation et participation des employés.

La relance du programme d'appréciation de la contribution du personnel demeure encore à ce jour un défi pour l'organisation. Nous avons cependant constaté les nombreux efforts consentis par l'équipe des ressources humaines pour redresser cette situation. Les descriptions de fonctions sont en cours de révision et le formulaire d'appréciation de la contribution fait l'objet d'une refonte en profondeur.

Le nouveau processus d'évaluation devra mettre l'accent sur le développement professionnel et faire le lien avec les dimensions inscrites à la philosophie de gestion du CISSS. Nous invitons la direction à poursuivre ses efforts visant l'implantation d'un programme comme mesure de développement et de mobilisation et à mettre en place un système d'information de gestion pour mesurer le degré d'atteinte de l'objectif, de transmettre trimestriellement des rapports de gestion au comité de direction et d'effectuer des relances auprès des cadres.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
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.	
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

La direction rend accessible des tableaux de bord de gestion des risques. En rendant disponible une information plus précise, les situations à risques sont plus concrètes pour les professionnels et ces derniers sont plus en mesure d'analyser les données et améliorer la sécurité des usagers. La direction doit porter attention à la nécessité de poursuivre ses efforts de soutien aux équipes de cadres pour s'assurer de leur implication dans le processus de communications des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de leurs équipes.

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.

L'établissement a réalisé une analyse prospective liée à la sécurité des usagers dans un souci d'une prestation sécuritaire visant la réduction des chutes des patients. Les résultats de l'analyse ont mis en valeur l'importance de réviser et harmoniser le programme de prévention des chutes et ce, en collaboration avec l'ensemble des directions concernées et en impliquant un usager-partenaire. Le rapport d'analyse souligne qu'à court terme, des actions peuvent être mises en place afin de réduire le



risque de chutes et les blessures associées telles que les tournées intentionnelles et les précautions universelles.

Les principes établis au regard de la déclaration des événements indésirables et des accidents et incidents sont bien établis dans la politique et bien intégrés par les professionnels.

Un programme intégré de gestion des risques a été élaboré et implanté.

Nous avons par ailleurs constaté des difficultés dans le processus de communication et de discussion des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les équipes. Peu de moyens ont été mis en place dans les équipes pour atteindre cet objectif. Dans plusieurs services, cette activité n'est pas encore entièrement intégrée à l'agenda des réunions et les gestionnaires étaient à la recherche de moyens pour assumer cette responsabilité. Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes devraient également prendre en compte l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats des usagers.

Le programme de gestion des risques est bien déployé dans l'organisation. Plusieurs activités de sensibilisation ont été effectuées pour s'assurer de la mise en application des processus et procédures de gestion des risques. Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des incidents/accidents et de divulgation. Les événements indésirables sont analysés et un suivi est effectué par la mise en œuvre de mesures correctives. L'information est transmise aux intervenants, directions et au conseil d'administration. On note par ailleurs une réduction sensible du taux de déclaration depuis l'informatisation du mécanisme de déclaration, qui nécessite plus de temps pour la collecte des données. On invite l'équipe à faire des rappels sur l'importance de la déclaration des événements.

Un programme intégré de gestion des risques organisationnels a été élaboré et un processus structuré d'identification des risques organisationnels a été utilisé auprès des directions et un processus structuré pour déterminer le niveau de traitement des risques identifiés. La documentation nécessaire à la cartographie des risques est rédigée. La démarche d'identification des risques et de la détermination de l'indice de criticité est en cours. L'établissement est invité à compléter l'exercice, afin de procéder à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de gestion intégrée et atteindre dans les plus brefs délais, les objectifs de qualité de sécurité et de performance organisationnelle.

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

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

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

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

#### Comité de bioéthique clinique

Le comité de bioéthique clinique est très actif. Depuis la création du CISSS, c'est la structure du comité de l'ancien CSSS de Manicouagan qui était devenu celui du CISSS. Une bonne représentativité et interdisciplinarité est assurée par sa composition. Il est à souligner la présence d'un représentant des usagers.

Beaucoup d'activités et de formation ont été données aux membres du comité. Ils ont eu une formation de base en bioéthique clinique donnée par un éthicien. De plus, les membres ont su développer leur expertise en faisant des consultations et des lectures recommandées par le président du comité détenteur d'une expérience significative et des connaissances dans la matière.

Pour se faire connaître par le personnel du CISSS, une première grande tournée a été réalisée par les membres du comité.

Cependant, au moment de la visite, il semblerait que l'information sur l'existence du comité n'est pas connue par le personnel rencontré dans différentes unités de l'installation de Sept-Îles. De même, la modalité pour rejoindre le comité ou pour acheminer une demande n'est pas connue par les intervenants rencontrés. En revanche, le comité a déjà planifié une deuxième tournée aussitôt que le nouveau cadre sera finalisé.

Depuis sa création, le comité a traité plusieurs consultations et a émis des recommandations. Les intervenants demandeurs d'avis ont eu la possibilité de rencontrer le comité afin de donner sa rétroaction concernant l'avis. Les intervenants sont très satisfaits du traitement de leurs demandes.

Si jamais il arrive qu'une demande doive être traitée en urgence, la demande est acheminée directement au président du comité pour un traitement rapide dans un bref délai.

#### Cadre éthique

Le cadre d'éthique est encore en document de travail. Le CISSS va recruter un consultant en éthique afin de compléter le cadre, mettre à jour les connaissances et accompagner les membres lors de la deuxième tournée tel que mentionné plus haut.

Pour le reste du contenu, le cadre répond aux exigences de lois, il est cohérent avec la mission, les valeurs de l'organisation.

L'organisation est encouragée à continuer à développer l'expertise et à déployer toutes les stratégies de communication pour faire la promotion des activités du comité de bioéthique clinique.

## 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 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, incluant en soutien aux cadres dans leurs projets de communication à leurs équipes.

L'établissement a fait un excellent travail pour identifier ses partenaires politiques et contractuels et a élaboré une démarche proactive de communication avec les représentants politiques de la communauté. Le président et la directrice générale sont maintenant en contact régulier avec les maires de la MRC et avec le député. Nous suggérons d'intensifier ces démarches afin que les partenaires soient informés de l'ensemble du projet organisationnel de l'organisation pour situer les décisions dans une perspective globale d'intervention.

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. Le plan précise les publics cibles, les stratégies de positionnement, les personnes responsables et situe dans le temps les activités de communication pour s'assurer de la disponibilité des collaborateurs.

Le plan supporte adéquatement l'équipe de cadres et les intervenants en englobant des activités de relations publiques, d'édition, de communications internes, de relation de presse et de développement des inforoutes.

L'équipe est par ailleurs félicitée de l'initiative d'élaborer des plans de communications spécifiques pour supporter la réalisation des projets de réorganisation et d'optimisation. Ces initiatives sont des exemples probants de stratégies de communication qui contribuent à la réussite des projets. Notons par ailleurs, l'élaboration d'un plan de communication normalisé en appui aux équipes des secteurs de soins aux prises avec des problèmes de découvertures médicales.

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. Le système sera prochainement revu et rehaussé dans le cadre d'un projet de passage à une plateforme informatique plus performante.

Un site web permet également à la population d'avoir accès à une multitude d'information générales et spécifiques, incluant des rapports sur la santé et sécurité. L'équipe vient de procéder à la révision du site web et un mécanisme de rétroaction avec la population est prévue de s'assurer que le site répond aux besoins attendus.

Des téléviseurs sont installés dans quelques salles d'attente et permettent à l'équipe des communications de diffuser des messages à la population. Un projet de babillards électroniques déployés à grande échelle dans tous les sites du CISSS est à l'étude. Ce projet devrait permettre d'augmenter les capacités de diffusion et d'améliorer le contenu pour en faire un outil de communication et d'enseignement à la communauté. Nous invitons l'équipe d'associer des patients partenaires à la démarche de consultation et de mise en œuvre.

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. Un rapport annuel de gestion est adressé au conseil d'administration.

Des politiques et procédures liées à la gestion de l'information comprennent des méthodes normalisées qui précisent les règles d'utilisation des systèmes d'informations et le maintien de la confidentialité, de la sécurité et de l'intégrité des données et de l'information. L'équipe compte utiliser les modules de sensibilisation à la confidentialité développés par le ministère dans le cadre du projet LENA, pour augmenter la maintenir la rigueur de l'utilisation des systèmes informatiques.

Le service des archives effectue la journalisation des accès aux dossiers médicaux. L'équipe dispose d'une politique administrative pour éliminer les risques d'accès non autorisés. Nous invitons l'équipe à mettre en place un système d'information pour permettre de colliger l'information sur les écarts d'accès et assurer une analyse des causes et la mise en place de mesures correctives et préventives. Ce rapport de gestion être porté à l'attention des gestionnaires.

Nous invitons par ailleurs l'établissement à poursuivre ses travaux visant à améliorer la gestion et le contrôle des identités par l'implantation du logiciel de gestion des mouvements de personnel (Octosage). Ce logiciel automatisera entièrement le processus de gestion des accès en tenant compte des mouvements du personnel et/ou de la modification de leur profil d'accès.

Enfin, l'engagement du personnel au respect de la politique de sécurité des actifs informationnels est complété et consigné au dossier de l'employé.

## 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)

Les installations rencontrées fonctionnent selon les modes de fonctionnement qui étaient en vigueur avant la création du CISSS.

Toutefois, il faut noter l'esprit d'équipe et de partenariat qui s'est développé au sein des responsables des différentes installations suite à la création du CISSS.

Chacun des représentants des installations assure un suivi de la ventilation, de la climatisation et de la température. Ils tiennent compte de la conformité avec les codes et les lois pertinents.

Notons, qu'il y a lieu d'exiger et de valider les rapports lorsque des vérifications sont faites par des compagnies externes. Par la suite cette information doit être partagée auprès des personnes qui en assurent le suivi.

Les personnes désignées dans les installations sont sensibles aux besoins des usagers et des équipes lors de la réfection ou l'élaboration de projets de construction.

L'équipe réfère aux ressources spécialisées lorsque la dimension sécurité des patients peut être mise en cause. La prévention des infections peut être appelée à donner son avis et à faire des recommandations sur des projets.

Il y aurait lieu de mettre en place une procédure qui précise à quel moment on doit impliquer d'autres services comme la prévention et le contrôle des infections, la santé et sécurité au travail et quelle importance ils ont tant dans les projets de constructions que de réaménagements.

Des systèmes d'appoints sont en place pour faire face à une pénurie ou une panne tant au niveau du fonctionnement des installations que de l'approvisionnement. Ceci est particulièrement vrai dans les régions de la Haute Côte-Nord, là où l'approvisionnement et l'accès sont plus difficiles en raison de l'éloignement.

Lorsque cela survient, les problématiques sont discutées avec les instances concernées particulièrement si la sécurité de la clientèle ou la qualité des services offerts peut être affecté. Les fournisseurs de services peuvent ne pas voir l'impact de ne pas respecter adéquatement les termes du contrat. C'est pourquoi nous encourageons les équipes à poursuivre les efforts pour adresser les non respects en approvisionnement.

Au cours des dernières années, les divers établissements ont fait plusieurs projets d'économie d'énergie qui ont permis entre autres de réduire de 90% l'utilisation de l'huile à chauffage dans certains sites. Un projet qui suscite l'enthousiasme est sans contredit la réfection à venir de l'urgence de l'hôpital de Sept-Îles.

Les équipes soulignent que l'attrition et la rétention du personnel dans les différentes installations pour faire face aux demandes représentent leur plus grand défis.

De plus, l'harmonisation reste à planifier et à réaliser au niveau des processus, politiques et procédures. Nous encourageons l'établissement à bien s'assurer que l'état de vétusté des installations est pris en compte au moment de la priorisation des projets de rénovation ou de construction. Ceci dit compte tenu de la différence des lieux visités et des besoins observés.

## 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.

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

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

Le déploiement du plan des mesures d'urgence est bien structuré dans l'organisme avec la collaboration étroite des acteurs de la sécurité civile sur l'ensemble du territoire.

Un calendrier annuel est planifié chaque année pour réaliser un bon nombre d'exercices dans les différentes installations depuis les dernières années entre 2017-2019. Lors des exercices pour les Codes Rouge et Orange, on note également des séances de débriefing qui sont réalisées à la toute fin. Elles permettent d'identifier les mesures correctives à mettre en place pour améliorer la réponse aux situations d'urgence avec une plus grande efficacité.

Des formations en ligne sont disponibles depuis les derniers mois et les équipes sont invitées à y participer afin de consolider leurs connaissances entourant leur rôle spécifique lors de situations d'urgence. L'organisme est invité à colliger le nombre de participants aux formations en ligne sous forme de tutoriel réparti en cinq modules, afin d'informer le plus rapidement possible les gestionnaires des secteurs. Ceci permettant de mieux évaluer le nombre de personnes formées et d'identifier les secteurs ayant un taux de formation suffisamment élevé pour assurer une meilleure efficacité lors des situations d'urgence potentielles.

Des ententes sont établies avec les partenaires dans les communautés afin d'identifier un certain nombre de lieux spécifiques pouvant être utilisés pour recevoir de la clientèle nécessitant une évacuation. L'organisme est invité à mettre à jour un certain nombre de ces ententes avec les partenaires des milieux considérant que pour certaines, la date de la signature de l'entente varie de 2003 à 2015.



## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
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.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.	

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

L'établissement est résolument engagé dans le processus visant l'intégration des patients et familles dans les programmes et continuums de soins et services. Quelques projets patients-partenaires sont déployés ou en voie de l'être.

Les membres du comité des usagers et les usagers partenaires que nous avons rencontrés nous ont manifesté leur grande satisfaction de leur expérience de travail dans les différents comités de travail. Tous sont d'avis d'avoir fait une différence dans la programmation de service et souhaitent poursuivre leur engagement.

Ces usagers se sont investis dans ces comités avec peu de préparation et de soutien et il en va de même pour les équipes cliniques qui les ont accueillis. Par conséquent, 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.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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




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

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

Ce processus prioritaire n'a pas été évalué lors de cette visite.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.4 Un processus structuré et transparent est en place pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents.	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
9.7 Les plans et les processus d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux sont suivis.	
9.8 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.	
9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	<b>PRINCIPAL</b>
9.8.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.	<b>PRINCIPAL</b>
9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	<b>SECONDAIRE</b>
9.8.4 Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
1.1 Au moins une fois par année, de l'information est recueillie sur le niveau d'utilisation des services auprès de tous les secteurs de l'organisme qui ont besoin de services de retraitement et les données sont communiquées à l'URDM.	
1.2 L'information recueillie sur les services offerts et sur leur utilisation sert à déterminer la gamme de services de retraitement et la façon dont ils sont fournis.	

1.3	Si les services de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables sont obtenus par le biais d'une entente contractuelle avec un fournisseur externe, une entente écrite stipulant les exigences et les rôles et responsabilités de chacun est maintenue avec chaque fournisseur.	!
2.2	Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.	
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.	!
3.1	L'URDM est conçue et aménagée en fonction du niveau d'utilisation des services, de la gamme de services de retraitement et de la circulation à sens unique des dispositifs médicaux.	
4.6	L'entretien préventif de l'équipement de retraitement est consigné.	!
4.7	Un contrôle de routine de l'équipement de retraitement est effectué et consigné en suivant les directives du fabricant.	!
5.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
7.1	Des politiques claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	!
7.3	L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
7.5	Des procédures opératoires normalisées (PON) claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	
7.7	Les politiques, les PON et les directives des fabricants sont accessibles à tous les membres de l'équipe.	
7.8	Les membres de l'équipe reçoivent de l'information et de la formation avant la mise en oeuvre des politiques, des PON ou des directives des fabricants qui sont nouvelles ou qui ont été modifiées.	
7.9	Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!

7.10	La conformité aux politiques, aux PON et aux directives des fabricants est évaluée régulièrement et des changements sont apportés s'il y a lieu.	
8.9	Des évaluations du milieu de travail doivent avoir lieu régulièrement dans l'URDM afin de vérifier l'ergonomie de même que la santé et sécurité au travail.	!
10.5	Après le cycle de stérilisation et avant de décharger le stérilisateur, le membre de l'équipe vérifie si les paramètres ont été respectés.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.9	Un dossier de l'historique du retraitement de chaque appareil d'endoscopie souple est tenu en permanence.	!
11.10	Le dossier de retraitement de l'appareil d'endoscopie souple comprend le numéro d'identification et le type d'endoscope souple, le numéro d'identification de l'unité de retraitement automatique des endoscopes (s'il y a lieu), la date et l'heure du retraitement, le nom ou l'identificateur unique de l'utilisateur, la preuve que l'inspection individuelle et le contrôle d'étanchéité ont été effectués, ainsi que le nom de la personne qui procède au retraitement de l'endoscope souple.	!
12.1	L'URDM dispose d'une aire adéquate pour entreposer l'équipement, les dispositifs médicaux stérilisés.	!
12.5	Les PON sont respectées pour manipuler, distribuer et transporter l'équipement, les dispositifs médicaux stériles.	!
13.1	Un dossier complet est tenu pour chaque cycle de stérilisation, y compris l'étiquette de contrôle du chargement et le dossier sur la charge stérilisée.	!
13.2	Le dossier contient les détails au sujet du cycle de stérilisation, dont le type de cycle, la date et l'heure, la durée d'exposition, la température, la pression, les résultats des contrôles de stérilité ainsi que le type, la qualité et l'origine des dispositifs stérilisés.	!
13.3	Les dossiers relatifs à la stérilisation sont conservés selon les politiques de l'organisme et dans le respect des lois et règlements applicables.	!
14.2	Les PON applicables sont suivies pour le contrôle de l'inventaire des dispositifs stérilisés.	

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.	
15.1	Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	
15.2	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes et des membres de l'équipe.	
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.	!
15.5	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des parties prenantes.	
15.6	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.8	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.9	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

15.12 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité avec l'apport des parties prenantes.

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

Un inventaire régional des équipements est en voie d'être finalisé et sera un atout crucial pour la mise en place du processus de remplacement et d'achat d'équipements. Il y aurait lieu par la suite de le diffuser auprès des équipes afin de faciliter le processus de décision lorsque des enveloppes budgétaires sont disponibles.

Il faut souligner les risques de zones croisées souillé-propre dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux en raison d'un problème avec la température de la pièce pour l'entreposage du matériel propre. Actuellement, il n'y a pas de direction unique pour la circulation du matériel stérilisé. Bien que temporaire, cette situation mérite l'attention de la direction.

Les procédures opérationnelles normalisées ne sont pas disponibles pour l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Les équipes sont au fait de ce manque et réfléchissent à la manière de les réaliser. Les responsables de l'URDM reconnaissent qu'il leur faut également implanter des activités d'amélioration de la qualité et auront besoin de soutien pour les actualiser.

## 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 prestataires de services, les clients et les familles.


### Santé publique

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.2 Le comité interdisciplinaire dispose d'un processus visant à évaluer l'analyse documentaire et l'information sur les meilleures pratiques relatives à la gestion des médicaments, et il se sert de l'information qui découle de cette évaluation pour mettre à jour ses processus de gestions des médicaments.</p>	



<p>2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p> <p>2.3.5 Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<p>4.1 Les membres de l'équipe reçoivent une formation initiale et de la formation continue en fonction de leurs rôles et responsabilités en matière de gestion des médicaments, selon leur champ de compétence.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>4.4 L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.</p>	
<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>8.4 Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>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.</p>	
<p>10.3 Des critères sont établis pour déterminer quelles populations d'usagers, quels médicaments et quelles vitesses de perfusion exigent la délivrance des solutions au moyen d'une pompe à perfusion.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>11.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>11.3 L'information relative aux médicaments qui est stockée dans les pompes intelligentes est mise à jour régulièrement.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>11.4 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>11.5 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.</p>	

15.5	Une procédure est en place pour régler les cas de désaccord qui surviennent au sein de l'équipe au sujet des ordonnances de médicaments.	
19.3	Le mécanisme de délivrance des médicaments pour les périodes où la pharmacie est fermée est évalué régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
24.1	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!
27.3	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des fournisseurs de l'externe, la qualité des services fournis est vérifiée régulièrement.	
27.4	Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement son mécanisme de gestion des médicaments de façon approfondie.	
27.5	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	
27.6	Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise.	
27.7	Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations au bon moment.	
27.8	Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations aux équipes.	

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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La structure en place pour gérer les processus du circuit du médicament concerne deux comités : le comité de pharmacologie ainsi que le comité de pharmaco-vigilance. Ce dernier permet d'intégrer le personnel infirmier et le responsable de la gestion des risques à la structure de gestion des médicaments.

Le circuit du médicament est surveillé par plusieurs filets de sécurité ce qui rend la gestion des médicaments en pharmacie très sécuritaire.

Les politiques et procédures en place ne sont pas encore uniformisées. Une démarche d'harmonisation est en cours, elle est tributaire de la disponibilité de ressources.

Le département de la pharmacie offre un environnement propre et éclairé. Les systèmes de sécurité sont efficaces et pertinents.

Il est à mentionner que le département de la pharmacie vit actuellement une pénurie de pharmaciens. À l'été prochain, deux nouveaux pharmaciens viendront s'incorporer à l'équipe pour la continuité des certains projets déjà en cours et d'autres nouveaux projets comme la déprescription en centre d'hébergement, projet qui débutera dans les prochains mois.

De plus, les équipes de la pharmacie offrent un soutien clinique aux unités de soins ou programmes, et ce, malgré le contexte de pénurie.

### Entreposage et préparation

La pharmacie respecte tous les critères à savoir l'éclairage, l'espace libre de bruit, la propreté des lieux et le contrôle de la température et l'humidité des locaux.

Les aires pour la préparation de médicaments cytotoxiques et dangereux sont séparées des autres secteurs de la pharmacie. En ce qui concerne les médicaments stériles et médicaments pour l'oncologie, tous les processus sont réalisés en respectant les critères de sécurité au travail. Ils sont dotés d'un système de ventilation adéquat : hotte laminaires et chambre à pression négative.

La sécurité a été renforcée en mettant en place une vérification contenant-contenu réalisée par les assistantes techniques.

Les médicaments à risque élevés sont clairement identifiés avec des symboles rouges qui permettent de les identifier visuellement et rapidement. Cependant, il est fortement recommandé de procéder à une mise à jour et aussi à les changer parce que la grande majorité est en train de se décoller ou de perdre la couleur.

Lors de la visite à l'unité médecine-chirurgie, il a été constaté que la feuille de vérification des narcotiques n'était pas à jour aux communs. La dernière vérification dûment signée était du mois d'août 2018. Il est fortement recommandé de mettre en place des mesures correctives dans le plus bref délai.

### Distribution

En ce qui concerne la distribution des médicaments, tous les critères de la norme sont respectés.

### Emballage et étiquetage

Tous les critères sont respectés.

### Prescription et ordonnances

Bon nombre d'ordonnances individuelles standardisées (IOS) ont été mises à jour et harmonisées pour l'ensemble des installations de l'organisation. Il y a l'intention de continuer dans ce processus dans les prochaines années.

### Administration des médicaments et formation

À l'unité en médecine et chirurgie de soins visitée, il a été constaté que la dernière formation sur l'utilisation de pompes à perfusion ou volumétrie a été donnée en 2013-2014.

Il a aussi été constaté en hébergement qu'aucune information n'est disponible sur la dernière séance de formation sur les pompes volumétriques. Dans ce cas précis, le risque est bien moindre, car il est rare l'utilisation de pompes.

À la suite de ces constats, on vous recommande fortement de mettre à jour le personnel infirmier qui utilise les pompes à perfusion, et ce, dans un bref délai.


Formation département de la pharmacie

Il est digne de mention le programme de formation des assistantes techniques qui ont accès aux diverses formations. L'établissement accorde aux pharmaciens des journées de perfectionnement par année.

Bref, la pharmacie est encouragée à poursuivre la mise à jour de l'ensemble de politiques et procédures, à titre d'exemple la politique opérationnelle de gestion des médicaments de l'ancien CSSS de Sept-Îles date du décembre 2015.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
2.7 L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections, ainsi qu'à l'équipe de santé et sécurité au travail afin de s'assurer que les conditions ambiantes optimales prévalent au sein de l'organisme.	
2.8 Les services de gestion de l'environnement et l'équipe de prévention et de contrôle des infections participent au maintien des processus entourant les services de buanderie et la gestion des déchets.	!
2.9 L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections lors de la mise à jour des processus entourant la sélection et la manipulation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!
4.1 Une évaluation des risques est effectuée afin de cerner les activités à risques élevés, puis ces activités sont prises en considération dans le cadre de politiques et de procédures.	!
4.3 Des politiques et des procédures sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles tant dans les lieux de préparation qu'aux points de service sont en place.	!
4.4 Des politiques et des procédures sur les appareils et instruments médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont en place.	!
4.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.	!
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

5.3	L'approche à multiple facettes en matière de prévention et de contrôle des infections comprend un programme de formation adapté aux priorités en la matière, aux services et aux populations d'usagers.	!
5.6	L'efficacité de l'approche à multiples facettes pour promouvoir la prévention et le contrôle des infections est évaluée régulièrement, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
6.3	Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.	!
7.1	Des politiques et des procédures en santé et sécurité au travail sont en place pour réduire le risque de transmission de micro-organismes au sein des membres de l'équipe et des usagers.	!
8.1	La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
8.1.1	Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.	<b>PRINCIPAL</b>
9.1	Les zones de l'environnement physique sont classées par catégorie en fonction du risque d'infection pour déterminer la fréquence de nettoyage requise, le degré de désinfection, de même que le nombre de membres de l'équipe requis pour les services de gestion de l'environnement.	!
12.3	Un processus permet de détecter rapidement les cas d'infections nosocomiales soupçonnés dans l'organisme.	!
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.	
14.4	L'information recueillie au sujet de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.	
14.5	Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Prévention des infections**

Le programme de prévention des infections est en voie d'être harmonisé.

Il est à souligner la collaboration positive avec les infirmières de la prévention des infections de l'hôpital de Baie-Comeau ce qui représente un atout important dont le renforcement est à poursuivre.

Des heures travaillées ont été ajoutés au cours des dernières années et l'effet positif de la présence de ces ressources se fait sentir dans les plus petites installations visitées. Les équipes ont accès à l'information et peuvent y référer en tout temps.

Il est à noter que la transmission des informations concernant les différents moyens mis en place en prévention des infections est à promouvoir au sein de l'organisation. Comme le CISSS est jeune, il est normal que les documents de références ne soient pas tous mis à jour. Il faut renforcer les moyens et les occasions de communication pour pallier à ce manque.

Nous encourageons l'établissement à mettre de l'avant l'idée que la prévention des infections représente un pôle majeur dans l'organisation et il faut identifier des mécanismes pour en promouvoir l'importance. Malgré toute la bonne volonté démontrée par les infirmières en prévention des infections ces dernières peinent à faire leur place dans cette vaste organisation.

Il faut développer le réflexe de les consulter pour développer l'expertise des dispensateurs de soins et à ce chapitre, un leadership fort de la direction qui supporte la prévention des infections sera un acquis de haute importance.

La mise en place des comités Stratégique et clinique en prévention des infections seront d'excellents supports dans cette perspective.

Plusieurs zones de croisement souillé-propre observées au cours de la visite.

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.3 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
<p>La programmation des activités de santé publique a fait l'objet d'un repositionnement à l'intérieur de la structure hiérarchique. Une direction assume ce mandat transversal à l'intérieur de l'organisme. Le plan d'action régional en santé publique se traduit par une programmation qui s'avère en cohérence avec les orientations stratégiques de l'organisme et selon les axes d'intervention bien définis en lien avec les déterminants de la santé et les indicateurs socio-économiques.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>Ce processus touche principalement les activités de recrutement, d'accueil, d'orientation, de développement des compétences, d'appréciation de la contribution des employés, de mesures de reconnaissance et de soutien pour les employés en difficulté.</p> <p>La Direction est encouragée à poursuivre le déploiement du programme d'appréciation de la contribution des membres au sein des équipes qui s'investissent énormément dans un contexte d'optimisation des ressources, afin de soutenir leur mobilisation à long terme et de reconnaître leur engagement considérable auprès des clientèles vulnérables dans les communautés du territoire.</p>	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
Le plan d'action régional en santé publique structure les actions prioritaires en lien avec les déterminants de la santé du territoire. Les activités de promotion et de prévention s'inscrivent dans les axes	



d'intervention priorités en collaboration avec plusieurs partenaires sectoriels de même que des usagers ou leurs représentants. À ce juste titre, le projet d'intervention novateur « Aire ouverte » pour la clientèle a été élaboré avec l'apport d'un usager partenaire et une consultation populaire auprès de 400 jeunes pour connaître leurs besoins. L'impact de cette mobilisation a eu des effets positifs sur la participation des jeunes avec leur désir d'occuper ce lieu pour en faire un environnement favorable à l'épanouissement des jeunes en leur redonnant du pouvoir sur leur vie et leur bien-être.

### Processus prioritaire : Santé publique

L'adoption de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé a conduit à l'abolition des instances régionales et à la création d'une imposante structure dont notamment les Centres intégrés de santé et services sociaux.

C'est ainsi que les équipes de la Direction de la Santé publique de l'Agence de santé se sont vu confier un nouveau mandat populationnel pour l'ensemble du territoire du CISSS de la Côte-Nord. Une démarche pour la réalisation du plan d'action régional (PAR) 2016-2020 s'est inscrite dans une nouvelle perspective, en sollicitant l'apport des usagers et des partenaires pour mieux adapter l'offre de services aux besoins d'une population vulnérable, vivant sur un territoire marqué par les inégalités sociales en milieu rural et urbain. La mise en place d'une instance de concertation telle la Table Santé a permis de fédérer les partenaires intersectoriels et interministériels à tous les niveaux des paliers gouvernementaux autour d'orientations communes.

Cette initiative sociale a permis de définir une vision globale de la santé des populations en s'appuyant sur des enquêtes populationnelles selon une méthodologie rigoureuse, afin de mieux saisir les principaux enjeux pour réduire les inégalités sociales de santé tout en s'appuyant sur l'ensemble des politiques favorables au développement de la santé des populations. Ceci a permis de réaliser une démarche de co-construction permettant la rédaction du plan d'action régional (PAR) en santé publique. L'engagement des citoyens, des partenaires, des intervenants et des médecins des différents milieux est remarquable et leur apport s'avère d'une grande valeur pour orienter la Direction de la Santé et les équipes cliniques afin de faciliter la modulation des services offerts en fonction de leurs besoins spécifiques. Les axes d'intervention retenus ciblent des activités structurantes qui reposent sur les meilleures pratiques en prévention-promotion-surveillance et protection.

Des mécanismes de concertation soutiennent les activités en première ligne afin d'assurer le suivi du plan d'action régional avec les partenaires intersectoriels. Une priorisation des projets d'intervention spécifiques auprès de clientèles vulnérables s'appuie toujours sur des constats issus d'enquête populationnelle ou sur des données probantes issus des travaux de recherche communautaire. Le niveau de concertation entre les partenaires, les intervenants et les médecins de la Direction de la Santé publique est à souligner ce qui permet de répondre rapidement aux besoins de la population. Ces projets font toujours l'objet de suivi et d'évaluation des impacts de la part des professionnels.

Des efforts considérables sont entrepris pour rejoindre en partenariat avec des acteurs du milieu, des clientèles vulnérables démontrant des indices de défavorisation matérielle et sociale importants

notamment en Haute-Côte Nord. Ainsi, c'est avec un leadership fort et des équipes professionnelles mobilisées que les acteurs de ces milieux sont devenus sensibles et plus ouverts à la création d'environnements favorables pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie auprès des différents types de clientèles dans leur communauté. L'adoption d'une politique de développement social pour la Haute-Côte Nord constitue une avancée importante permettant de créer une collectivité mobilisée, concertée, prospère reconnue pour son dynamisme économique et sociale permettant d'offrir une qualité de vie exceptionnelle à ses citoyens (Pol. Développement social MRC Haute Côte-Nord 15 mai 2018).

Par conséquent, les élus sont davantage soucieux d'offrir une offre alimentaire santé lors d'événements dans les communautés favorisant l'activité physique pour la population. Une plus grande diversité d'activités est offerte maintenant aux familles et aux aînés afin de promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie.

L'intégration des usagers partenaires dans les étapes de planification et de programmation d'activités de promotion et de prévention notamment dans le cadre du projet « Aire ouverte » pour les jeunes 12-25 ans a conduit à une mobilisation des acteurs du milieu et à une démarche de consultation importante auprès de 400 jeunes, permettant de mieux cerner leurs attentes et leurs besoins envers ce projet.

## Résultats des outils d'évaluation

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

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

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

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

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

- **Période de collecte de données : 8 mai 2018 au 30 juin 2018**
- **Nombre de réponses : 12**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	17	25	58	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	8	8	83	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	25	33	42	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	42	8	50	S.O.

	% 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.	17	0	83	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	17	8	75	S.O.
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	8	92	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	8	0	92	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	8	25	67	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	8	92	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	25	17	58	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	33	67	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	8	92	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	73	18	9	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	55	9	36	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	17	17	67	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	50	42	8	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	25	33	42	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	33	67	S.O.
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.	83	0	17	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	33	17	50	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	9	0	91	S.O.
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.	9	18	73	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	9	9	82	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	55	18	27	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	18	27	55	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	8	92	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	33	0	67	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	55	9	36	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	82	0	18	S.O.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	25	42	33	S.O.
34. La qualité des soins	50	17	33	S.O.

## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
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.