



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Le centre Miam Uapukun inc.

Moisie, QC

Dates de la visite d'agrément : 21 au 23 juin 2021

Date de production du rapport : 27 juillet 2021

Au sujet du rapport

Le centre Miam Uapukun inc. (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2021. 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

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	9
Résultats détaillés de la visite	10
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Gouvernance	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	12
Processus prioritaire : Gestion des ressources	13
Processus prioritaire : Capital humain	14
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	16
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
Processus prioritaire : Communication	19
Processus prioritaire : Environnement physique	20
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	21
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	22
Processus prioritaire : Cheminement des clients	23
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	24
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	25
Ensemble de normes : Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service	25
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections –Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service	30
Résultats des outils d'évaluation	32
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	32

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	36
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	38
Commentaires de l'organisme	40
Annexe A - Programme Qmentum	41
Annexe B - Processus prioritaires	42

Sommaire

Le centre Miam Uapukun inc. (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

Décision relative au type d'agrément

Le centre Miam Uapukun inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 21 au 23 juin 2021**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

1. Le centre Miam Uapukun inc.

- **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 – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones
2. Leadership – Services de santé des Autochtones
3. Prévention et contrôle des infections –Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones
4. Services de santé des Autochtones – Gouvernance

Normes sur l'excellence des services

5. Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
3. 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.)	23	1	0	24
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	11	0	0	11
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	75	9	1	85
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	39	6	0	45
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	55	0	1	56
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	10	0	0	10
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	138	15	4	157
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	19	1	0	20
Total	370	32	6	408

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
Services de santé des Autochtones - Gouvernance	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0	75 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Leadership - Services de santé des Autochtones	37 (88,1%)	5 (11,9%)	1	56 (80,0%)	14 (20,0%)	2	93 (83,0%)	19 (17,0%)	3
Prévention et contrôle des infections - Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones	27 (96,4%)	1 (3,6%)	1	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0	29 (96,7%)	1 (3,3%)	1
Gestion des médicaments - Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (86,7%)	2 (13,3%)	0	31 (93,9%)	2 (6,1%)	0
Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones	47 (90,4%)	5 (9,6%)	0	84 (97,7%)	2 (2,3%)	2	131 (94,9%)	7 (5,1%)	2
Total	171 (94,0%)	11 (6,0%)	2	188 (91,3%)	18 (8,7%)	4	359 (92,5%)	29 (7,5%)	6

* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Non Conforme	0 sur 6	0 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Services de santé des Autochtones – Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Non Conforme	4 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Services de santé des Autochtones)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention du suicide (Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre de réadaptation Miam Uapukum offre des services en langue innue ou française aux adultes des Premières Nations depuis 30 ans. L'offre de service s'adresse aux personnes qui sont aux prises avec des problèmes associés à la surconsommation d'alcool et toxicomanies. Ce centre est principalement financé par les Services aux Autochtones Canada (SAC). Un projet d'agrandissement et de réaménagement majeur, en 2017, a permis de rendre encore plus fonctionnel le bâtiment qui est propre et bien entretenu.

Les pratiques cliniques ont évolué au cours des dernières années, le programme de thérapie à l'interne est basé sur l'approche en 12 étapes et sur l'approche culturelle des Premières Nations. Les services internes sont offerts par cohorte de 6 usagers hommes et femmes (12 en contexte hors COVID) d'une durée de 20 jours (33 en contexte hors Covid) de thérapie normalement 10 fois par an. À cela s'ajoutent de courts séjours de ressourcement ou qui traitent de la dépendance affective.

L'organisme n'a pas échappé aux adaptations exigées dans le contexte de pandémie. Ils ont su relever ce défi avec brio et adapter leur offre de services au contexte tout en respectant les exigences de la santé publique, dont la limitation de la présence d'un seul usager par chambre.

La gouvernance est présentement en restructuration avec une volonté de mettre en place une meilleure synergie avec les communautés. La préoccupation des dernières années a été de pourvoir les postes au niveau de la direction générale et au niveau de la conseillère clinique. La direction générale actuelle, entrée en fonction depuis moins de 2 ans a créé un climat de travail sain. La complicité de l'équipe clinique combinée à la volonté marquée des intervenants d'aider les membres de leurs communautés est gage de succès. Les enjeux de sécurité sont considérés dans l'ensemble des processus.

Le centre MIAM peut compter sur du personnel stable et engagé. L'ensemble des intervenants sont issus d'une communauté des Premières Nations, principalement innue. De plus, la majorité des intervenants ont passé par le processus de guérison ayant vécu avec les problèmes de dépendance. Ainsi, ils sont en mesure de bien comprendre le vécu des résidents et gagnent en crédibilité auprès de ceux-ci.

De nombreuses politique et procédure ont été produites, il y a plus de 5 ans. L'exercice de la mise à jour des documents pourrait être fait avec la collaboration d'employés et de patient intéressés.

Peu d'indicateurs sont répertoriés, l'organisation est encouragée à suivre ses objectifs stratégiques et opérationnels à partir d'un tableau de bord comprenant des indicateurs de la mesure de la qualité, de la sécurité et de la performance financière. Ce tableau comprenant entre autres l'atteinte des PORs exigés par Agrément Canada.

Un usager consulté pendant la visite a témoigné de l'impact de son expérience positive qu'a eu son séjour au centre sur sa vie au retour dans sa communauté. La satisfaction des usagers est mesurée à l'aide d'un questionnaire standardisé après chaque session de thérapie à l'interne, et les données sont analysées par l'équipe afin de pouvoir identifier des pistes d'amélioration.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Mécanisme de déclaration des événements indésirables Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership – Services de santé des Autochtones 14.4
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévention de la violence en milieu de travail 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"> · Leadership – Services de santé des Autochtones 2.10
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones 4.2

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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.

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

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

La composition du CA est suivie en fonction des règlements de cet OSBL en accord avec Santé Canada. Le conseil d'administration est constitué selon la loi et la désignation de ses membres se fait en accord avec la politique en vigueur.

Le mode de désignation est règlementé.

Les membres du conseil d'administration ont une double loyauté soit à leur mandant et à leur communauté.

Le conseil est responsable des activités d'un exécutif soit un comité de gestion.

Ce conseil a un rôle de contrôle et de gestion. Les décisions y sont prises par concertation. Ses membres font aussi partie du bureau, avec le directeur général.

Le conseil d'administration a un rôle moteur. Ses membres sont désignés par l'assemblée générale. Cette dernière est représentative des communautés des Premières Nations.

Le président et les vice-présidents sont nommés par le CA. Une alternance à ces fonctions est prévue selon les statuts.

Un nouveau membre est reçu et accueilli selon une procédure bien définie. De la documentation lui est remise et la documentation pertinente est signée.

Des rapports sur la sécurité des patients incluant des indicateurs sont présentés au conseil d'administration, analysés et suivis.

On recommande au conseil d'administration d'assurer le support requis à l'atteinte des recommandations du processus d'agrément Canada.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
4.6 Le plan stratégique fait état de buts et d'objectifs qui concordent avec la mission et les valeurs et dont les résultats sont mesurables.	
4.10 Les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques de l'organisme sont signalés aux parties prenantes internes et externes et au conseil d'administration, le cas échéant.	
4.11 Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
6.3 Les plans opérationnels précisent les ressources nécessaires pour réaliser le plan stratégique et pour atteindre les buts et les objectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La planification stratégique 2020-2025 a été élaborée en 2020. Elle est soit en cours ou tout juste finalisée. Les plans opérationnels sont peu présents. La planification opérationnelle est en cours d'élaboration.

Il est recommandé de rendre le plan stratégique aux employés, ainsi que le plan d'amélioration de la qualité. Ces documents sont une référence à l'amélioration de la qualité et sécurité des services.

De plus, il est essentiel de préciser des indicateurs de mesure de l'atteinte des résultats pour chaque objectif d'amélioration de la qualité et d'en faire un tableau de bord de suivi qui sera présenté au conseil d'administration.

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)

Une politique d'élaboration des budgets existe et est appliquée. Selon la loi, l'élaboration des budgets de fonctionnement et d'investissements se complète selon un cycle annuel.

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
2.10 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre. 2.10.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail. 2.10.7 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.	 PRINCIPAL SECONDAIRE
10.7 Les profils des postes sont élaborés et mis à jour régulièrement, et ce, pour chacun des postes.	
10.10 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement des membres de l'équipe sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	
10.11 Une entrevue de départ est proposée à l'ensemble des membres de l'équipe qui quittent l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La gestion des ressources humaines est assurée par la directrice générale en collaboration avec la coordonnatrice responsable des équipes cliniques.

Les rôles et responsabilités de chaque employé sont clairement définis.

Une politique sur la gestion des risques est disponible depuis 2012. Dans ce document, la responsabilité de l'organisation envers ses employés est clairement définie.

De la formation est offerte aux employés pour être en mesure de gérer des situations de risques lors d'intervention impliquant un résident.

Des activités de formation sont offertes aux employés.

Nous recommandons à la direction d'assurer un suivi des formations reçues par les employés et de poursuivre des activités de formation et recertification suivant un calendrier annuel, et ce, en regard des besoins individuels et des exigences de la tâche.

Chaque membre de l'équipe est invité à prendre en main sa santé et son bien-être. Des activités de ressourcement sont organisées annuellement pour les employés. Une enquête de satisfaction du personnel a été effectuée. Depuis son entrée en fonction il y a deux ans, les actions entreprises par la

directrice générale pour améliorer le climat de travail ont permis d'établir un climat de confiance et une excellente harmonie dans l'équipe.

Il y a les services d'un psychologue 3 jours par mois dans le programme d'aide aux employés.


L'organisation est invitée à reprendre les sondages sur la culture de sécurité et le climat de travail, afin de mesurer la satisfaction des employés.

L'organisation est invitée à reprendre les évaluations individuelles du personnel temporairement suspendu à la suite de la pandémie et à une mise à jour des priorités organisationnelles en collaboration avec les employés.

Les dossiers du personnel sont disponibles et protégés dans le bureau de la directrice générale. Chaque dossier comporte l'engagement d'embauche et les certificats de formation reçue.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
<p>14.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. * Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>14.4.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.</p> <p>14.4.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.</p> <p>14.4.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.</p> <p>14.4.4 Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.</p> <p>14.4.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en oeuvre sont consignées.</p> <p>14.4.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

14.4.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles. <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements (p. ex. selon les résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
15.7	Des rapports au sujet du rendement et de la qualité des services de l'organisme sont communiqués à l'équipe, aux usagers et à leur famille, aux communautés qui reçoivent des services et aux autres parties prenantes.	
15.8	Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.	!

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

Nous tenons à remercier l'organisation pour leur grande transparence dans la démarche d'évaluation du traceur en gestion intégrée de la qualité.

Cette visite a permis au visiteur de reconnaître le dynamisme des employés et de la directrice générale, et leur volonté d'assurer l'excellence des services aux résidents et à la communauté des Premières Nations. Bien des objectifs qualité-risques ont été identifiés, cette visite ne nous permet pas d'affirmer que l'organisation a bien intégré un modèle structuré et transversal de la mesure d'indicateurs qualité, sécurité et risques et de l'état d'avancement dans l'atteinte des résultats demeure à développer.

Il est essentiel que l'organisation soit en mesure de visualiser rapidement l'état d'avancement des PORs et des critères à priorités élevés.

L'utilisation d'un tableau de bord équilibré comportant l'ensemble des résultats d'avancement des indicateurs de mesure de la qualité, de la sécurité, des risques, de l'implantation de la démarche du patient partenaire, du climat de travail est essentielle à l'analyse globale de la performance du Centre Miam.

L'ensemble d'indicateurs de mesure doit être suivi périodiquement par la direction et par les équipes et de patients partenaires pour les indicateurs les concernant.

En conclusion, nous invitons l'organisation à poursuivre ses efforts dans le développement d'une stratégie d'intégration de la mesure de la qualité et de l'expérience du patient partenaire.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
1.8 Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le guide d'éthique.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Il existe un code d'éthique qui mérite d'être connu et diffusé aux membres du conseil d'administration, aux résidents et au personnel.</p> <p>L'organisation doit mieux définir ce qu'elle attend de l'éthique et de ses comités dans l'organisation, afin de clarifier et de faire connaître les rôles de chacun et la portée des actions et des réflexions, à l'intérieur de la rédaction d'un cadre d'éthique organisationnel. Organiser des formations sur le sujet.</p>	

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La directrice générale est la personne-ressource désignée pour assurer le lien de communication entre le personnel et le conseil d'administration. Tout récemment, le conseiller en qualité est présent aux rencontres du conseil pour faire rapport des activités qualité-risques associé au processus d'agrément.

Des audits de communication sur la connaissance du code d'éthique, des politiques et procédures de l'organisation seraient à développer, afin de faciliter une transparence dans la transmission de l'information et une meilleure connaissance des documents d'information disponible dans l'organisation.

Enfin, nous invitons l'organisation à rendre disponible sur un réseau interne un suivi des activités du conseil d'administration et de l'ensemble de la documentation disponible.

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)

La partie du bâtiment d'origine date de plus de 30 ans. En 2017, un projet d'agrandissement et de réaménagement majeur a permis de le rendre encore plus fonctionnel. Des projets de refaire le revêtement extérieur du bâtiment pour l'harmoniser avec la nouvelle partie sont à venir. Par la suite, l'aménagement extérieur des lieux afin d'assurer une plus grande intimité est projeté. Bien que le centre de réadaptation Miam Uapukum est installé dans un environnement magnifique, le développement domiciliaire environnant des dernières années enlève l'aspect de tranquillité et d'intimité qui serait nécessaire selon les intervenants rencontrés. Les lieux sont propres, sécuritaires et bien entretenus. Les chambres habituellement doubles sont actuellement utilisées pour un seul usager pour respecter les principes de distanciations physiques le temps de la pandémie. La capacité passe donc de 12 clients à 6. Deux chambres pour des usagers à mobilité réduite sont accessibles. Plusieurs salles communautaires sont disponibles pour la clientèle. Des rappels culturels sont présents à plusieurs endroits, mais sans pour autant surcharger les lieux.

Une tente de sudation est installée à l'arrière du bâtiment principal.

Une génératrice est en place pour pallier aux pannes d'électricité et assure une autonomie complète pour près d'une semaine.

Dans un souci de respect de l'environnement, des initiatives telles que fournir des gourdes réutilisables résistantes aux usagers sont mises de l'avant. Le respect de la nature est un fondement de la culture traditionnelle.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
13.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
13.5 Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de sinistres ont lieu régulièrement.	!
13.6 Les résultats des exercices sont utilisés pour réviser le plan en vue de sinistres ou d'urgences, au besoin.	

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

Une politique de premiers secours et de premiers soins en cas d'accidents des résidents du centre est en place depuis 2016. La formation des intervenants à ce sujet remonte à 2019.

Le plan des mesures d'urgence a été révisé la dernière fois en février 2016, les éléments décrits sont bien détaillés. Toutefois, il est suggéré de réaliser une mise à jour et d'introduire de nouveaux événements, tel un appel à la bombe.

Les exercices du plan de préparation en vue d'urgences ou de sinistres remontent à plusieurs années. Le centre est invité à en tenir régulièrement.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
4.9 Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers et à leur famille.	
6.2 Lors de l'élaboration du plan opérationnel, 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.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Les employés rencontrés ont démontré une volonté réelle d'offrir des soins et services centrés sur les besoins des patients. Le défi demeure de traduire cette volonté en actions concrètes. Amener le personnel à réfléchir collectivement sur cette nouvelle approche permettra sans doute à l'institution de développer cette culture.

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)

La procédure de référence au Centre Miam est clairement définie et connue des agents PNLAADA qui sont présents dans chaque communauté du territoire des Premières Nations desservi par le centre. De plus, la liste d'attente pour une demande de service est assurée par la coordonnatrice clinique et connue de la directrice générale et du conseil. Des indicateurs de mesure spécifique sur la continuité et l'accessibilité des services font partie des informations transmises au conseil d'administration et déposées dans le rapport annuel présenté à Santé Canada.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Services de santé des Autochtones	
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.	
9.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et suit une politique et des procédures pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers qui concernent l'équipement, les instruments et les appareils médicaux.	!

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

Le bâtiment et ses installations sont bien entretenus. Il n'y a pas d'équipements ou appareils médicaux de présents. Les extincteurs ont été vérifiés récemment. Un minibus acquis il y a deux ans est disponible pour les déplacements des résidents. Les systèmes de ventilations sont gérés par une firme privée, ce qui crée une relation de dépendance.

Une politique et outil d'entretien préventif du bâtiment en général date de 2012. En 2017, il y a eu un agrandissement et rénovation majeure. Depuis 2019, l'entretien préventif des équipements est suivi à l'aide d'un tableau qui présente sur une séquence d'un an l'entretien de plusieurs items et systèmes. Les rapports d'entretien effectué par des firmes spécialisées pour les systèmes plus complexes sont disponibles pour consultation.

Il n'y a pas de processus structuré et transparent pour sélectionner et acheter l'équipement, instruments et appareils. La sécurité ressort comme un critère important pour la direction en place, mais sans plus. Bien qu'il y ait un formulaire « rapport d'incident/ d'accident » qui tient compte des événements liés au matériel, il n'y a pas de politique et des procédures pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers qui concernent l'équipement et les instruments.

Il n'existe pas de procédure ou politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Ensemble de normes : Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences

3.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
15.6	Des simulations du plan de gestion de la crise et du plan d'intervention en cas d'urgence ou des tests similaires sont organisés au moins une fois par année.	!

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

12.3	Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.	!
12.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

15.9	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.	!
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

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

Le centre a développé au cours des 30 dernières années une expertise auprès des clientèles autochtones innues et francophones pour le traitement des dépendances qui est reconnue.

Une nouvelle direction générale est en place depuis 2 ans et le climat de travail est sain. Du point de vue clinique, un guide spirituel et la conseillère clinique apportent des assises solides aux interventions psychoéducatives.

Les employés ont la possibilité de participer à des rencontres mensuelles avec un psychologue ce qui est très apprécié.

Processus prioritaire : Compétences

Les employés rencontrés sont très satisfaits de la formation et du soutien offert par l'employeur. Une formation en lien avec la santé mentale a été offerte récemment. Il est suggéré de prévoir une formation en lien avec l'éthique.

L'équipe est complémentaire et travaille efficacement ensemble. Les usagers sont aussi sollicités dans certaines tâches, ce qui est plus restreint depuis la pandémie. Après chaque cohorte, une évaluation permet d'ajuster l'efficacité de la collaboration et le fonctionnement de l'équipe.

Une politique de prévention en matière d'abus sexuel et de harcèlement est en place depuis 2013. Une politique de prévention de la violence et du harcèlement au travail est en vigueur depuis 2012.

Des rencontres d'appréciations individuelles sont une pratique à mettre à jour. Des simulations de situation d'urgence seraient appréciées des employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le but du programme est d'accompagner pendant une période de 33 jours les adultes membres des Premières Nations aux prises avec une problématique de dépendance à acquérir les habiletés cognitives, affectives et comportementales qui faciliteront leur autonomie face aux problèmes associés à la surconsommation d'alcool et de drogue. L'approche d'intervention retenue vise à aider la personne à rétablir un équilibre dans ses relations avec les autres en travaillant ses sphères de vie physique, mentale, affective et spirituelle par l'intégration d'un mode de vie basé sur les 12 étapes et adapté aux particularités culturelles. L'aspect culturel et socioculturel est intégré à la démarche. Les activités sont en majorité en lien avec la culture. Des partenariats avec des organismes de la communauté permettent de diversifier l'offre de service. Les usagers qui le souhaitent participent aux rencontres du groupe des AA. D'autres formes de programme de ressourcement et en lien avec les dépendances affectives sont offertes avec des séjours plus courts. Après chaque cohorte, une semaine administrative est prévue pour permettre aux intervenants d'évaluer les activités et y apporter des améliorations. L'équipe se compose principalement d'intervenants issus de la communauté et qui ont vécu des problèmes de dépendances, ce qui leur donne beaucoup de crédibilité. L'admission se prépare à l'avance et le transfert d'information est prévu à la sortie.

Selon des commentaires reçus des intervenants, il serait souhaitable de renforcer les liens avec les organismes des communautés pour être encore plus efficace dans la transmission d'informations après la thérapie.

Un usager consulté témoigne de l'impact positif qu'a eu leur séjour au centre sur sa vie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Une attention particulière est portée par les intervenants sur la confidentialité des données personnelles des usagers qui ont à cœur de la préserver le mieux possible. Le dossier des usagers format papier est entreposé de façon sécuritaire, mais il n'y a pas de politiques ou procédure à ce sujet. L'utilisation des technologies de l'information est peu développée.

Les habitudes développées en lien avec la tenue de dossiers semblent respecter les normes habituelles, mais il n'y a pas de politique ou procédure de référence. Une politique de gestion documentaire traite des

documents administratifs, mais pas ceux cliniques. Une politique sur l'utilisation des médias sociaux est en place depuis 2015.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'un des mécanismes utilisés pour aller chercher l'apport des usagers et de leurs familles est des consultations auprès du conseil d'administration qui est composé de membres désignés par les communautés utilisatrice du service.

Les indicateurs disponibles traitent du nombre de résidents, le taux d'abandon aux thérapies, mais ne sont pas en lien avec les progrès réalisés par rapport aux plans d'amélioration.

L'organisation est encouragée à développer davantage d'indicateurs et par conséquent développer une culture de mesure.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
8.4 L'organisme analyse les événements indésirables liés aux médicaments conformément à une politique et une procédure écrites.	
9.1 L'organisme choisit et évalue les indicateurs de processus et de résultats de son système de gestion des médicaments.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	


Un guide de distribution de médicaments prescrits est en place depuis 2012 et a été révisé en 2021. Le processus défini pour gérer les médicaments sur ordonnance qu'apportent les clients dans l'organisme est bien structuré. Des outils de contrôle sont prévus à plusieurs étapes et la contribution de l'utilisateur est sollicitée. L'utilisateur apporte sa propre médication qu'il prend sous la supervision du personnel du centre. La médication est conservée dans un endroit sécurisé et la prise de la médication se déroule à cet endroit déterminé. Une entente avec la pharmacie communautaire permet d'avoir accès à des références et du soutien au besoin.

Le rangement du local est fait de façon logique et bien identifié pour permettre de se retrouver facilement. Le matériel de premiers soins se retrouve aussi à cet endroit. Un DEA et un auto-injecteur pour permettre d'administrer de l'épinéphrine en cas de réaction allergique se retrouvent près du poste. Une vérification est faite auprès d'un pharmacien s'il y a des questionnements en lien avec les médicaments. En situation d'urgence, le résident est dirigé vers le service requis.

Il n'y a pas de politique ou procédure écrites au sujet d'événements indésirables liés aux médicaments. On ne rapporte pas d'incident à ce sujet.

Il n'y a pas d'indicateurs de processus et de résultats du système de gestion des médicaments. Toutefois, un retour est effectué à la fin de chaque cohorte pour regarder s'il y a eu des irritants et apporter des améliorations.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections –Centres de traitement des abus de substances chez les Autochtones - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
1.4 Avec ses partenaires, l'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures sur la prévention des infections au moins tous les trois ans.	!
4.2 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	 PRINCIPAL
4.2.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). 	PRINCIPAL
4.2.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	SECONDAIRE
4.2.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	SECONDAIRE
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

Une procédure de prévention et d'infection Covid-19 a été produite en octobre 2020. Plusieurs adaptations ont été faites pour être en mesure de poursuivre les thérapies de façon sécuritaire. En outre, les chambres qui accueillait généralement deux usagers sont devenues simples. Pour éviter les déplacements entre régions, les thérapies offertes étaient en Innue et destinée aux communautés de la

région. Des activités où la distanciation physique ne pouvait être respectée ont été abandonnées ou modifiées. C'est une fierté pour les intervenants d'avoir réussi à s'adapter à la situation et continuer à offrir les services à la clientèle. Pour guider les communautés dans la prise de décisions, un comité d'expert a permis de traverser la pandémie sans trop de conséquences.

Le guide d'intervention, prévention et contrôle des infections et la politique du lavage des mains datent de 2016. Les rôles et responsabilités des différents groupes et individus sont bien définis. La politique de vaccination pour les travailleurs et celle en matière de prévention des infections datent de 2012.

La pratique d'hygiène des mains est bien instaurée même auprès de la clientèle avec qui a réalisé une activité à ce sujet en début de cohorte. Toutefois, il n'y a pas d'audit de lavage des mains de réalisées. L'organisation est invitée à en développer autant pour la clientèle que pour les employés. L'environnement physique de la cuisine est très propre et en bon ordre.

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 : 31 août 2020 au 6 novembre 2020**
- **Nombre de réponses : 0**

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.

2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.

3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.

4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.

	% 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.

6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.

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).

8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.

9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.

10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.

11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.

12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.

13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.

14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.

15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.

16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.

17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.

	% 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.				
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.				
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.				
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.				
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.				
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.				
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.				
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.				
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.				
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.				
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.				
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.				

	% 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.				

31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.

32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2020 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2020 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

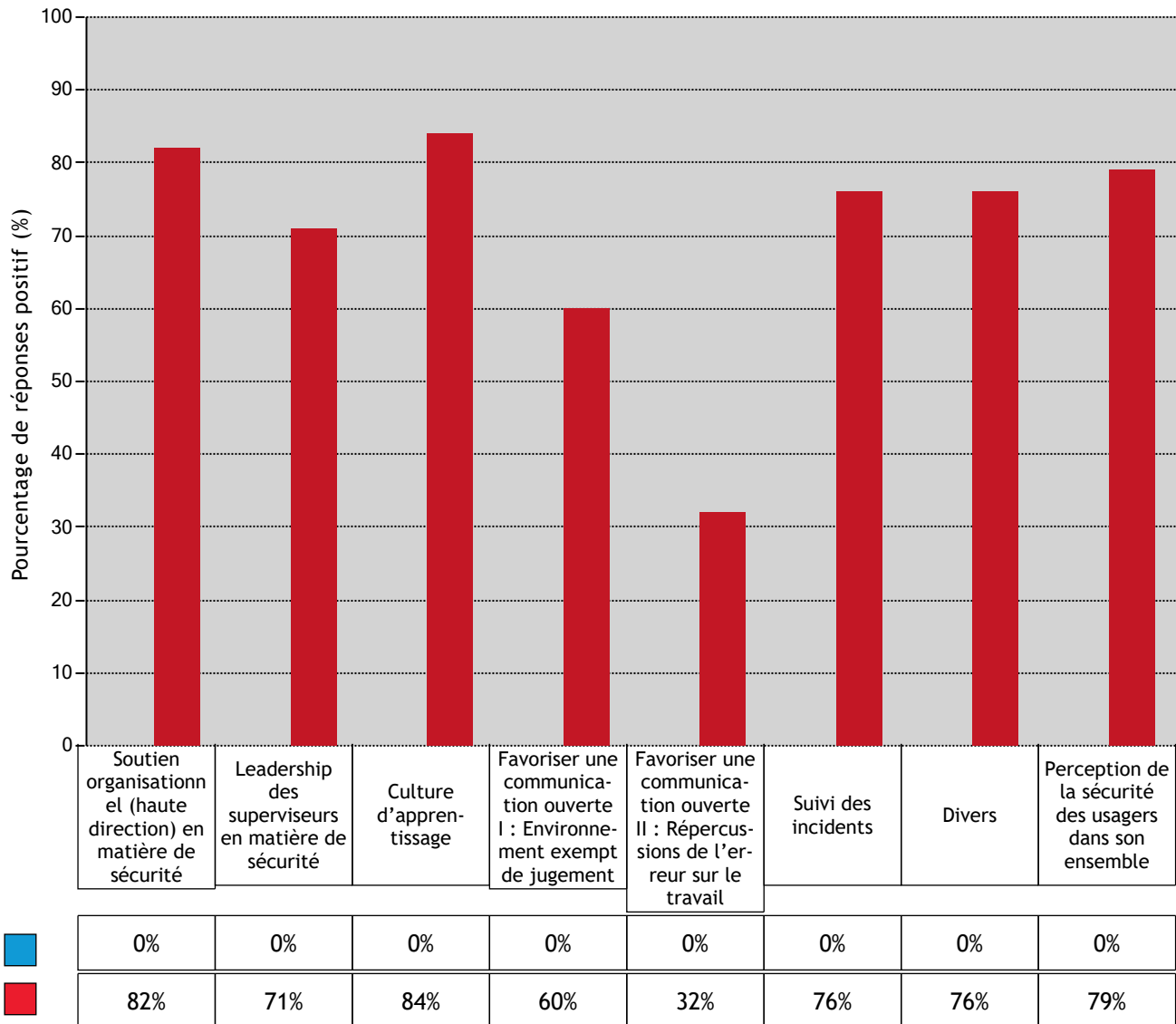
Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 31 août 2020 au 6 novembre 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 6**
- **Nombre de réponses : 2**

Afin d'assurer l'anonymat des répondants, le présent rapport n'affiche pas les résultats lorsqu'il y a moins de cinq réponses.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

■ Le centre Miam Uapukun inc.

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2020 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

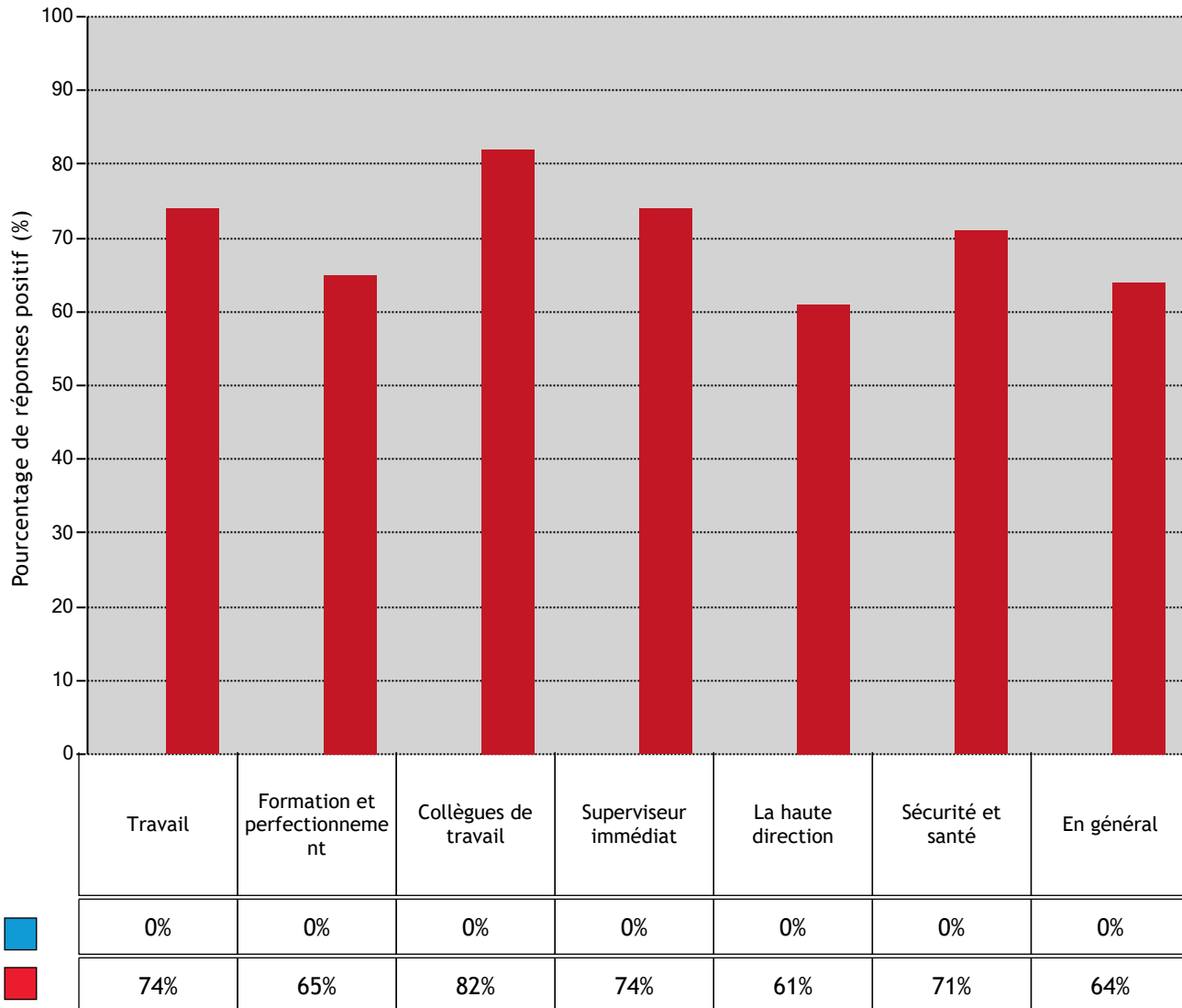
Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 31 août 2020 au 6 novembre 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 8**
- **Nombre de réponses : 3**

Afin d'assurer l'anonymat des répondants, le présent rapport n'affiche pas les résultats lorsqu'il y a moins de cinq réponses.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

- Le centre Miam Uapukun inc.
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2020 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

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

Malgré le stress que nous éprouvions pour la visite, nous avons apprécié la visite d'agrément et nous avons beaucoup appris avec madame Audet et monsieur Lemay. ce fut pour nous une expérience enrichissante.

Les remarques des visiteurs ont été entendues avec intérêt et nous en tirons des apprentissages.

Nous savons où nous en sommes pour les prochaines années et nous serons beaucoup plus préparés pour une autre visite plus tard.

nous sommes en mesure de regarder pour les sujets à améliorer et sur d'autres politiques à créer.

merci à ces visiteurs. et merci à vous.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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