

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

**Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Côte-Nord-
Manicouagan - Haute-Côte-Nord**

Les Escoumins, QC

Dates de la visite d'agrément : 29 septembre au 3 octobre 2013

Date de production du rapport : 21 janvier 2014



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

*Force motrice de la qualité des services de santé
Driving Quality Health Services*

Agréé par l'ISQua
CQA **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT**
ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan - Haute-Côte-Nord (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en septembre 2013. Ce rapport 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 et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément uniquement à l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément encouragent 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 compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada et du président du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de 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 et les différentes données découlant des outils que votre organisme a soumis. De plus, l'information contenue dans votre rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, représente un guide important pour vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et 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 recevons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	15
3.0 Résultats détaillés de la visite	18
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	19
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	19
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	21
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	22
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	23
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	25
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	26
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	27
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	28
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	30
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	31
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	32
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations de personnes âgées</i>	32
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels</i>	35
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang</i>	36
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	39
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments</i>	41
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	44
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	47
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	48
3.3.8 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	50
3.3.9 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	54

<i>3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	57
<i>3.3.11 Ensemble de normes : Services des urgences</i>	61
<i>3.3.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires</i>	65
<i>3.3.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile</i>	68
4.0 Résultats des outils d'évaluation	72
4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients	72
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	74
4.2 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	75
4.4 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	77
5.0 Commentaires de l'organisme	79
Annexe A Processus prioritaires	80

Section 1 Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CSSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont 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 du programme d'agrément 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 la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel 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.

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan - Haute-Côte-Nord (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport 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.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter votre organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan - Haute-Côte-Nord a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 29 septembre au 3 octobre 2013**

- **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 Pavillon Bergeronnes
- 2 Pavillon Forestville
- 3 Pavillon Les Escoumins

- **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 Normes sur le leadership

Normes portant sur des populations spécifiques

- 2 Populations de personnes âgées

Normes sur l'excellence des services

- 3 Normes de gestion des médicaments
- 4 Services des urgences
- 5 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 6 Prévention des infections
- 7 Soins et services à domicile
- 8 Soins ambulatoires
- 9 Services de laboratoires biomédicaux
- 10 Services de santé communautaire
- 11 Services d'imagerie diagnostique
- 12 Laboratoires et banques de sang
- 13 Services de soins de longue durée
- 14 Services de médecine
- 15 Banques de sang et services transfusionnels









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 2 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur
- 3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 4 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)

1.3 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 (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	65	13	0	78
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	73	3	2	78
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	317	62	38	417
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	88	20	1	109
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	112	10	13	135
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	28	7	4	39
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	537	113	24	674
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	39	6	1	46
Total	1259	234	83	1576

1.4 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
Normes sur le leadership	36 (80,0%)	9 (20,0%)	1	74 (87,1%)	11 (12,9%)	0	110 (84,6%)	20 (15,4%)	1
Populations de personnes âgées	25 (96,2%)	1 (3,8%)	0	36 (85,7%)	6 (14,3%)	0	61 (89,7%)	7 (10,3%)	0
Prévention des infections	33 (78,6%)	9 (21,4%)	1	26 (65,0%)	14 (35,0%)	0	59 (72,0%)	23 (28,0%)	1
Banques de sang et services transfusionnels	32 (91,4%)	3 (8,6%)	15	14 (93,3%)	1 (6,7%)	6	46 (92,0%)	4 (8,0%)	21
Laboratoires et banques de sang	65 (84,4%)	12 (15,6%)	4	84 (89,4%)	10 (10,6%)	1	149 (87,1%)	22 (12,9%)	5
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (84,8%)	7 (15,2%)	2	77 (91,7%)	7 (8,3%)	2
Normes de gestion des médicaments	63 (92,6%)	5 (7,4%)	8	44 (86,3%)	7 (13,7%)	1	107 (89,9%)	12 (10,1%)	9
Services d'imagerie diagnostique	57 (93,4%)	4 (6,6%)	6	56 (94,9%)	3 (5,1%)	2	113 (94,2%)	7 (5,8%)	8
Services de laboratoires biomédicaux	10 (66,7%)	5 (33,3%)	1	31 (86,1%)	5 (13,9%)	0	41 (80,4%)	10 (19,6%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de médecine	22 (84,6%)	4 (15,4%)	1	52 (75,4%)	17 (24,6%)	0	74 (77,9%)	21 (22,1%)	1
Services de santé communautaire	8 (66,7%)	4 (33,3%)	1	47 (85,5%)	8 (14,5%)	0	55 (82,1%)	12 (17,9%)	1
Services de soins de longue durée	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0	59 (81,9%)	13 (18,1%)	0	80 (83,3%)	16 (16,7%)	0
Services des urgences	20 (69,0%)	9 (31,0%)	2	69 (81,2%)	16 (18,8%)	10	89 (78,1%)	25 (21,9%)	12
Soins ambulatoires	28 (90,3%)	3 (9,7%)	7	60 (84,5%)	11 (15,5%)	4	88 (86,3%)	14 (13,7%)	11
Soins et services à domicile	30 (90,9%)	3 (9,1%)	7	43 (84,3%)	8 (15,7%)	1	73 (86,9%)	11 (13,1%)	8
Total	488 (86,8%)	74 (13,2%)	54	734 (84,3%)	137 (15,7%)	27	1222 (85,3%)	211 (14,7%)	81

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

1.5 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			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Non Conforme	1 sur 1	0 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 4	0 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			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins et services à domicile)	Non Conforme	1 sur 3	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	2 sur 2	1 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	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 : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Non Conforme	1 sur 1	0 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Non Conforme	1 sur 3	1 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 : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2

1.6 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 CSSS de la Haute-Côte-Nord et le CSSS de Manicouagan ont fusionné à l'été 2013. La présente visite concerne les services offerts sur le territoire de la Haute-Côte-Nord. Dans ce contexte, les membres du conseil d'administration n'ont pas été rencontrés, mais le seront lors de la visite pour le territoire de Manicouagan en octobre 2013 (la section de normes Gouvernance sera évaluée à ce moment).

La communauté et les partenariats établis avec celle-ci :

Les partenaires sont bien identifiés; les tables locales et de concertation sont actives.

La table locale des aînées mérite d'être soulignée, en terme de continuum de services sur l'ensemble de territoire. Certaines préoccupations y sont discutées et pour s'assurer d'un bon fonctionnement, le CSSS y contribue financièrement.

Les services CLSC sont très ancrés sur le territoire; d'excellents liens existent avec le milieu scolaire, la municipalité.

Malgré le développement de corridors de services fonctionnels dans le cadre de la hiérarchisation des services (services de 2e ligne), le contexte de la fusion nécessitera la révision de ces corridors et partenariats.

La direction :

La direction vient juste de faire adopter un nouvel organigramme (le 1er octobre 2013) dans le contexte de la fusion des deux CSSS. L'équipe de direction est renouvelée en partie et se retrouve avec de nouvelles responsabilités. Nous leur donnons tout notre appui dans le partage et la diffusion des orientations stratégiques, vision, etc. La qualité, la sécurité, la communication et l'éthique doivent demeurer au coeur de leurs préoccupations.

La dotation en personnel et la qualité de vie au travail :

Nous constatons des activités et des efforts au niveau du recrutement des différents titres d'emploi et des médecins; par ailleurs, les efforts de rétention apparaissent plus faibles. Quant à la vie au travail; les équipes entre elles réussissent à donner un sens à leur travail, mais il semble y avoir très peu de rétroaction des gestionnaires.

Certaines actions (rotation, quart de 12 heures) ont permis la conciliation travail-famille dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre.

La prestation des soins et services :

Le personnel a développé une approche très centrée sur la clientèle. Le personnel est soucieux de bien répondre aux besoins de la clientèle.

Au niveau du maintien des compétences; il faut encourager et offrir de la formation continue de même que la possibilité aux intervenants de prendre leurs décisions cliniques fondées sur des données probantes.

La satisfaction des clients :

Les clients rencontrés sont très satisfaits des services rendus.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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 L'organisme établit un mécanisme de déclaration des événements indésirables, des événements sentinelles et des incidents ou accidents évités de justesse, ainsi qu'un processus de suivi approprié. Le mécanisme de déclaration est conforme aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 15.3
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services d'imagerie diagnostique 15.7
<p>Bilan comparatif des médicaments à l'admission L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments pour les clients qui ont été admis, et ce, de concert avec le client, la famille ou le soignant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services à domicile 6.7 Services des urgences 8.3
<p>Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services à domicile 11.2 Services des urgences 11.5

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation efficace au sujet des pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes de gestion des médicaments 19.4 · Services de médecine 4.4 · Services des urgences 4.5 · Soins ambulatoires 4.5 · Services de soins de longue durée 4.5
<p>Programme de gérance des antimicrobiens L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent 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"> · Normes de gestion des médicaments 1.3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des patients L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes sur le leadership 15.1
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur le lavage des mains au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention des infections 6.1
<p>Vérification de l'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention des infections 6.5

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
<p>Stratégie de prévention des chutes L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de médecine 15.2 • Soins ambulatoires 17.2 • Services de soins de longue durée 17.2 • Soins et services à domicile 8.8
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soins de longue durée 8.4 • Services de médecine 9.4
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et services à domicile 8.1
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de médecine 7.4

Section 3 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 clients porte sur 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 patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.



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 A 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

3.1 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.

3.1.1 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.

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

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

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord dispose d'un exercice de planifications stratégiques 2012-2015. Au cours de cette même période, l'organisme a fusionné avec le CSSS Manicouagan (entériné au conseil d'administration de juillet 2013). Par ailleurs, au cours des trois dernières années, les deux CSSS ont eu le même directeur général ce qui a contribué à la préparation de cette fusion. Les exercices de planification dans les deux CSSS sont superposables, donc toujours pertinents.

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord est soucieux de se conformer aux exigences de la loi et des attentes du MSSS et de l'Agence de santé et services sociaux de la Côte-Nord.

Le CSSS a pour mission l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services offerts à la population. L'organisme se retrouve au coeur du réseau local de services : il comprend bien sa responsabilité populationnelle en ciblant par exemple deux clientèles prioritaires : personnes âgées (projet clinique : Soutien à l'autonomie des personnes âgées – SAPA) et jeunes en difficulté et la hiérarchisation des services, soit toute l'articulation avec les services régionaux de Baie-Comeau et la référence tertiaire avec entre les hôpitaux de Chicoutimi et de Québec.

La vision est partagée; le client est au centre des préoccupations. Le CSSS vise l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services. Les valeurs sont aussi identifiées : le respect, l'engagement, la cohérence et la recherche de l'excellence. La direction, de concert avec le conseil d'administration et ses partenaires, analyse son environnement interne et externe en identifiant ses forces (qualité de vie, employés dédiés, etc.), ses zones de fragilité (pénurie de personnel, vétusté des installations, etc.), les menaces (précarité de l'équilibre budgétaire, nouvelles réalités du milieu et de ses impacts sur la santé de sa population, etc.) et ses opportunités (fusion et développement d'une culture axée sur les résultats). L'organisme a défini cinq grandes orientations stratégiques :

- 1) Accès aux services de 1re ligne;
- 2) Accès aux services spécialisés;
- 3) Une gouvernance imputable et une gestion performante;
- 4) Ressources humaines disponibles, mobilisées et engagées;
- 5) Un parc d'équipements adéquats et des installations sécuritaires, conformes aux normes et répondant aux besoins.

L'exercice de planification stratégique 2012-2015 tente de répondre aux besoins de sa population. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord compte de très nombreux partenaires, mais leur implication est à intensité variable par ailleurs le CSSS est à leur écoute. Les différentes tables de concertation contribuent à la consolidation de l'offre de services.

Le CSSS, en collaboration avec ses entités fusionnées, a développé un plan d'action stratégique interétablissement 2012-2015. On y retrouve quelques petites divergences avec l'exercice du CSSS au niveau des valeurs et des orientations. Le plan d'action est bien fait avec le partage des responsabilités, mais la reddition de comptes n'est pas écrite dans ce document pour l'année 2012-2013 – avancement des travaux. En complément, et dans le but d'accroître l'efficacité et la compréhension de ce qu'il faut faire dans la prochaine année, il y a eu un exercice de priorisation qui s'est fait sous forme de Lac à L'Épaule, de là découle un tableau des priorités (132) avec un plan d'action à compléter dans les prochaines semaines et une évaluation de l'état d'avancement des travaux en avril 2014. Par contre, considérant tous les travaux faits et documents déposés; il ressort en final cinq grands objectifs pour l'année 2013-2014 qui se résume en quelques mots :

- 1) Réaliser la fusion;
- 2) Développer la suppléance rénale sur le territoire;
- 3) Recrutement et rétention;
- 4) Projet majeur de rénovation/construction
- 5) Plan de communication (nouveau).

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Le cycle budgétaire est complet : les ressources financières sont attribuées, le suivi est fait par les gestionnaires et les directeurs. Les résultats obtenus sont vérifiés pour s'assurer que les actions prises donnent les résultats attendus. Les pratiques de gestion financières sont conformes à la LSSS et les états financiers sont vérifiés. Les membres du conseil d'administration disposent de l'information nécessaire pour prendre les meilleures décisions.

Chacun des CSSS avait un système d'information financière; dans les prochains mois, il n'y aura qu'un système et toutes les données seront intégrées en incluant le système de paies.

3.1.3 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 : Normes sur le leadership	
10.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de leadership et des compétences au sein de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le personnel est sollicité par différentes personnes et instances; il peut être interpellé par les gestionnaires pour des projets d'amélioration des services et aussi par le comité santé et sécurité au travail (SST), entre autres. Le comité SST est actif et différents sujets y ont été traités : présence d'amiante lors de travaux de rénovation, chaleur extrême dans les cuisines.

Dans un contexte de pénuries de ressources, particulièrement infirmières, psychologues, divers projets de réorganisation du travail ont été réalisés de même que des réaménagements du temps de travail. La direction des ressources humaines est consciente que depuis quelques années, l'instabilité vécue au CSSS de la Haute-Côte-Nord ait pu affecter le moral de certains employés (hausse de l'assurance-salaire, hausse du temps supplémentaire) par contre avec la nomination du directeur général, qui assumait déjà l'intérim depuis trois ans, et la fusion avec le CSSS Manicouagan en juillet 2013, la vision et les orientations se concrétisent au bonheur de la majorité. L'organisation bénéficiera d'un nouveau souffle.

La politique contre la violence et le harcèlement en milieu de travail a été revue et améliorée; étant donné que son adoption est en simultané avec la concrétisation de la fusion, une vaste campagne de sensibilisation et d'information va être mise en place.



Nous avons pu évaluer les processus de recrutement, d'embauche, de dotation; il serait intéressant que les antécédents judiciaires soient vérifiés lors de du recrutement des bénévoles.

Les employés ont répondu à 42 % au sondage sur la mobilisation du personnel (juillet 2013). La direction a pris connaissance des résultats cet été et est satisfaite de l'amélioration de certains résultats. Un plan de diffusion des résultats et d'élaboration d'un plan d'action est en élaboration.

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord n'a pas développé un plan de développement des ressources humaines (PDRH); il serait important d'y travailler s'assurer d'une main-d'oeuvre compétente, motivée et à la recherche de nouveaux défis. Le recrutement étant difficile, toutes les mesures favorisant la rétention doivent être exploitées. La fusion avec le CSSS de Manicouagan est bien reçue par le personnel rencontré.

3.1.4 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 : Normes sur le leadership	
3.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et soutient la diffusion et la viabilité des résultats de l'amélioration de la qualité.	
3.9 Les efforts du personnel d'encadrement de l'organisme, du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et des stagiaires en matière d'amélioration de la qualité sont reconnus.	
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'urgence.	!
12.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme diffuse la méthode de gestion des risques et les plans d'urgence dans l'ensemble de l'organisme.	!
12.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques et apporte les améliorations nécessaires.	
15.1 L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers. 15.1.2 L'organisme dispose d'un plan qui permet de s'occuper des problèmes de sécurité des usagers qu'il a cernés.	 SECONDAIRE
15.3 L'organisme établit un mécanisme de déclaration des événements indésirables, des événements sentinelles et des incidents ou accidents évités de justesse, ainsi qu'un processus de suivi approprié. Le mécanisme de déclaration est conforme aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi. 15.3.2 Des améliorations sont effectuées après une enquête ou un suivi.	 SECONDAIRE
16.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique.	!
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 larges buts et objectifs stratégiques de l'organisme.	!

16.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique les résultats des activités d'amélioration de la qualité à grande échelle, au besoin.



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

Le CSSS de la Haute Côte Nord a comme priorité stratégique l'amélioration continue de la qualité. Il existe un programme (non-daté, mais avec des outils 2011) et de ce plan découlent des plans d'action 2012-2015. L'ensemble des départements, services et secteurs d'activités a un plan d'action écrit avec des objectifs, des activités, un état de réalisation, un responsable, des indicateurs de résultats, un échéancier et % d'atteinte des résultats. Ces plans d'action sont méconnus des employés et ils n'y ont pas participé. Le degré d'atteinte des résultats n'a pas été mesuré en 2012-2013. Il est conseillé de partager ces plans d'amélioration avec les équipes pour qu'elles puissent prioriser certains objectifs et s'impliquer dans les moyens d'atteindre les résultats escomptés et de les partager par la suite. Au niveau de la gestion des risques, le CSSS devra élaborer un plan des mesures d'urgence pour de nombreux sinistres autres qu'un incendie.

Malgré les activités reliées à la sécurité des usagers et au maintien d'un environnement de travail sécuritaire, le CSSS devra élaborer un plan qui permet de s'occuper des problèmes de sécurité des usagers qu'il a cernés. Quant aux processus de déclaration des accidents/incidents le personnel rencontré se dit peut formé pour les compléter et ils le sont souvent de manière incomplète.

Il semble y avoir peu de suivis sur les situations à corriger et peu d'échanges sur les bilans annuels. Malgré de la documentation sur la divulgation, le processus n'est pas clair pour tout le monde, quoique peu utilisé. Il existe aussi de la documentation pour les événements sentinelles et lors des rencontres-cas traceurs, un événement sentinelle a été reporté, mais l'équipe n'a aucune idée du suivi apporté et d'après eux, aucune modification n'a été faite dans le service. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord doit s'assurer de faire les bonnes choses en matière de qualité, sécurité, de communication et d'éthique. Les différents plans d'action doivent être en lien avec la planification stratégique, les objectifs organisationnels et les préoccupations du département, service ou secteur d'activité. Les objectifs doivent être connus et l'équipe en place doit contribuer à l'atteinte par le choix des moyens à prendre et la recherche de leur collaboration et implication. La diffusion des résultats atteints est une bonne source de reconnaissance, de responsabilisation et d'imputabilité.

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

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

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

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

Le cadre conceptuel du CSSS de la Haute-Côte-Nord est une version adaptée de celui du CSSS de Manicouagan. Un questionnement a été revu en octobre 2012.

Chaque installation possède des cartables de référence pour ses départements et services. On y retrouve le cadre de référence, des avis anonymisés du comité, des documents de références de même que les différents formulaires à utiliser. Quant à l'éthique sur les activités de recherche, elle est à peu près inexistante, et lorsqu'une possibilité se présente, c'est dans le cadre projets de recherche multicentriques. À ce moment, c'est le comité d'éthique du centre « générateur » du projet qui l'évalue et le CSSS respecte leurs exigences et recommandations, s'il y a lieu.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les partenaires 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)

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord travaille avec de nombreux partenaires de sa communauté et cela à tous les niveaux : soutien socio-économique, soutien aux personnes âgées, ressources communautaires d'entraide. Les tables de concertation sont actives et les attentes sont élevées.

Le CSSS informe le conseil d'administration de plusieurs manières : suivi des sous-comités, fiche et information pertinente par sujet lors des séances du conseil. Le conseil reçoit aussi des tableaux de bord sur la gestion des risques et sur l'accès aux services.

De plus, avec la fusion, le CSSS Haute-Cote-Nord – Manicouagan a reçu des sommes d'argent pour rehausser et changer ses systèmes informatiques pour l'uniformisation de l'information.

Les communications à l'interne se font auprès des différents groupes d'intervenants par des tournées des directeurs, par les différents conseils professionnels (CMDP, CM et CII), par le courriel, le relevé de paie, par le feuillet : INFO (INFO Éclosion, INFO Travaux, INFO DRH). C'est un document sur une page qui fournit de l'information très ponctuelle et toujours d'actualité.

Durant la démarche de fusion, le personnel et le public ont eu accès à une INFO Ligne et au site WEB pour poser des questions et obtenir des réponses en temps réel. Malgré la possibilité de le faire, les deux instances ont été peu fréquentées.

Le directeur général confirme qu'il peut recevoir à l'occasion des lettres, anonymes ou non, pour le mettre au courant de certaines situations ou pour lui poser des questions. Lui-même et l'ensemble de l'équipe de direction se disent ouverts à recevoir des personnes pour échanger sur différents sujets.

Il existe au CSSS de la Haute-Côte-Nord un plan de communication qui décrit les rôles et responsabilités de chacun dans la transmission de l'information. Avec la fusion, une personne sera recrutée pour préparer un nouveau plan de communication interne et externe avec l'étendue du nouveau CSSS et du nouveau territoire. L'image de l'organisme sera aussi revue.

Par ailleurs, de façon générale, le personnel rencontré se dit mal informé et peu consulté.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
9.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des plans, ce qui inclut des systèmes d'appoint, pour réduire l'impact des pannes des services publics sur la santé et la sécurité des usagers et du personnel.	
9.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme, en collaboration avec les partenaires et la communauté, participe à des projets visant à diminuer l'impact négatif de l'organisme sur l'environnement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La santé et la sécurité des usagers, du personnel et des visiteurs sont prises en compte lors des travaux de rénovation des infrastructures. Une conseillère en prévention des infections est impliquée lors de la planification des travaux.

L'établissement bénéficiera d'une révision des plans de relève de tous les systèmes d'appoint. La documentation consultée est incomplète.

Pour les prochaines années, les dirigeants auront à composer avec le vieillissement de certains bâtiments et le respect des normes.

Peu d'initiatives existent pour diminuer les impacts négatifs de l'organisme sur l'environnement (ex.: récupération papier et carton). Les dirigeants de l'établissement sont invités à poursuivre leurs démarches pour l'introduction d'une approche de développement durable qui consistera à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité, pour les générations à venir, de pouvoir répondre à leurs propres besoins (ex: le compostage, gestion des déchets, récupération d'eau de pluie, etc.).

Nous confirmons les non-conformités du rapport sur la visite des milieux d'hébergement réalisé par le Conseil québécois d'agrément. Nous avons constaté également dans le site Les Escoumins des lacunes importantes, dont un accès non sécurisé à une porte permettant d'accéder facilement au sous-sol par des personnes non autorisées. Cet escalier présentait de l'encombrement et un manque d'éclairage. L'affichage est inadéquat. Les locaux du sous-sol permettent un accès à la génératrice, une salle de panneaux électriques. Dans cette dernière salle, des équipements encombrent l'accès. Les dirigeants devront prendre les actions qui s'imposent pour réduire l'encombrement et sécuriser les accès non autorisé par la clientèle.

3.1.8 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 : Normes sur le leadership	
14.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels.	!
14.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore, met en oeuvre et évalue un plan d'intervention relatif à tous les dangers afin de faire face aux risques de sinistres et d'urgences.	!
14.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme donne accès à une formation visant à appuyer le plan d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
14.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!
14.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice, et revoit au besoin les plans et procédures d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
14.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un système de gestion des incidents pour orienter et coordonner les mesures et les opérations pendant et après les sinistres et les urgences.	
14.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de continuité des opérations afin de poursuivre les opérations critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	!
14.11 Lorsque surviennent des sinistres ou des urgences, le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel, prestataires de services, bénévoles, usagers et à la communauté la possibilité d'obtenir du soutien et de faire le bilan.	
Ensemble de normes : Prévention des infections	
14.8 L'organisme revoit ses politiques et procédures régulièrement, après chaque épidémie et y apporte des changements s'il y a lieu.	

Ensemble de normes : Services des urgences

2.5 L'équipe a élaboré un plan de préparation aux situations d'urgence et ses membres sont formés et équipés pour gérer les sinistres et les urgences.



2.6 L'équipe participe à des exercices pratiques réguliers du plan de préparation aux situations d'urgence.



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

Force de constater que les exercices d'évacuation ne sont pas réalisés régulièrement. Cette situation est préoccupante pour la sécurité de la clientèle hébergée d'autant plus que les quarts de jour, de soirée et de nuit n'ont pas expérimentés d'exercices de ce genre depuis plusieurs années selon la documentation consultée et les informations recueillies. Les dirigeants devront prendre les actions qui s'imposent pour préparer adéquatement l'ensemble du personnel à réagir convenablement à ce type de situation (mise à l'essai des plans), à mettre en place des mesures de soutien approprié pour ceux qui en présentent le besoin, à réaliser des bilans post-simulation et revoir au besoin les plans et procédures. Les dirigeants doivent aussi s'assurer que les systèmes de protection pour les employés mis en place (boutons panique) sont opérationnels en tout temps. L'établissement a à revoir le plan de continuité des opérations qui demeure incomplet. La documentation consultée sur les différents plans d'intervention demeure incomplète, date parfois de 2006. Une révision et mise à jour nous apparaît nécessaire. Il est suggéré aux dirigeants de revoir le plan de pandémie. La dernière version du document déposée remonte à 2007, soit avant la pandémie H1N1.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Services des urgences	
2.4 Les stratégies de l'équipe pour gérer les engorgements comprennent des plans pour la gestion des clients lorsqu'aucun lit d'hospitalisation n'est disponible.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Le cheminement des clients s'effectue sans heurts et en temps approprié. Cet établissement n'a jamais connu de situation d'engorgement de l'urgence ni de manque de lit de soins de courte durée. La clientèle a un accès sans obstacle à l'urgence et peut compléter une trajectoire de soins sans délai indu.	

3.1.10 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 : Services d'imagerie diagnostique	
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>L'organisme dispose d'un processus structuré et transparent pour sélectionner, acheter et remplacer l'équipement, les instruments et les appareils médicaux et pour choisir des fournisseurs compétents. Il y a un programme efficace d'entretien préventif de tous les appareils et instruments médicaux et des contrats de service avec les fournisseurs d'équipements tels les appareils de radiologie et les analyseurs de laboratoire.</p> <p>Le secteur de retraitement de l'équipement et des appareils ne comportent pas d'aires distinctes de nettoyage et de décontamination, ni de plomberie et de canalisations réservées ni de ventilation adéquate. Ce secteur est surchauffé.</p>	

3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

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.

3.2.1 Ensemble de normes : Populations de personnes âgées

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	
3.4 La stratégie de recrutement et de rétention des effectifs de l'organisme comporte des plans visant à attirer et à conserver du personnel et des prestataires de services qui possèdent les connaissances et l'expérience spécialisée nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées.	
6.6 L'organisme dispose de stratégies écrites pour déceler et gérer le délire.	
6.7 L'organisme dispose de stratégies écrites pour déceler et gérer les maladies chroniques courantes chez les personnes âgées.	
6.11 L'organisme dispose de programmes d'autogestion des maladies chroniques à l'intention des personnes âgées, lesquels sont axés sur la responsabilisation du client, l'intégration dans la communauté, ainsi que le soutien aux familles et aux soignants.	
6.12 L'organisme informe les personnes âgées et les prestataires de services de la façon d'accéder aux programmes d'autogestion.	
8.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures pour déceler et déclarer les cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées et pour fournir du soutien aux victimes et à leurs familles.	!
8.8 Le processus de résolution des conflits englobe des renseignements sur la façon de porter en appel les décisions relatives aux soins ou de résoudre les désaccords relatifs aux soins.	

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

Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

L'établissement a su établir un réseau de partenariat solide avec les organismes de la communauté. La Table locale des Aînés en témoigne. Les dirigeants ont démontré leur capacité à utiliser les données populationnelles dans la planification de l'offre de service sur l'ensemble du territoire. Les obstacles liés à l'accessibilité aux services sont pris en compte et des solutions émergent. Un souci constant chez les dirigeants pour favoriser l'accessibilité des soins et des services a été démontré malgré les défis qu'engendre la réalité rurale d'un grand territoire.

En matière d'organisation des services aux personnes âgées du territoire du CSSS, poursuivre le développement du continuum de soins et services demeure un défi pour les prochaines années avec la croissance démographique. Nous invitons les dirigeants à être davantage proactif afin d'identifier et mettre à jour régulièrement une liste des personnes âgées du territoire qui présentent des risques élevés et qui sont difficiles à rejoindre. Nous encourageons l'établissement à se doter de stratégies pour déceler et gérer les maladies chroniques courantes chez les personnes âgées (ex. : les programmes d'autogestion).

Dans le contexte de rareté des ressources humaines du territoire, nous invitons l'établissement à développer des stratégies particulières de recrutement et de rétention des effectifs comportant des plans visant à attirer et aussi à conserver du personnel qui possèdent des connaissances et des compétences spécialisées requises pour bien répondre aux besoins des personnes âgées.

3.3 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 :

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.

Direction 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

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Gestion des médicaments

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

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

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.

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.

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.

3.3.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	
14.1 L'établissement dispose d'un comité de transfusion qui offre des services de consultation et de soutien en lien avec les pratiques et les activités transfusionnelles. Référence CSA : Z902-10, 4.4.	
18.2 L'établissement fournit de l'information au receveur qui comprend une description du sang total ou du produit sanguin labile, les risques et les avantages associés à la transfusion, les autres options qui s'offrent à lui ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent. Référence CSA : Z902-10, 11.2.1, 11.2.2.	!
22.2 L'établissement a accès à une liste des signes et symptômes courants pour l'aider à reconnaître les réactions indésirables associées à la transfusion. Référence CSA : Z902-10, 18.2.1.	!
23.9 L'établissement vérifie régulièrement dans quelle mesure ses procédures de retrait sont efficaces, et apporte les changements qui s'avèrent nécessaires, le cas échéant. Référence CSA : Z902-10, 19.4.9.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	
<p>Les pratiques et les activités transfusionnelles au CSSS de la Haute-Côte-Nord comprennent des activités de base et le laboratoire de la banque de sang répond bien adéquatement aux demandes de produits sanguins.</p> <p>Le soutien en lien avec ces activités transfusionnelles est assuré par un hématologue du CSSS de Rimouski. Toutefois, même s'il existe un Comité de médecine transfusionnelle, il est peu connu, il se réunit très occasionnellement, il n'est donc pas en mesure d'offrir le soutien souhaité. Nous encourageons les laboratoires du CSSS de la Haute-Côte-Nord à réactiver ce comité.</p>	

3.3.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.1 Au moins une fois par année, le laboratoire recueille et revoit l'information concernant les volumes des services, le point de vue des clients au sujet des services, les tendances parmi les requêtes provenant des prestataires de services, et d'autres organismes. Référence ISO : 15189-07, 4.1.2.	
5.3 Le personnel du laboratoire se réunit régulièrement avec les cliniciens. Référence ISO : 15189-07, 4.7.	
7.4 Le laboratoire dispose d'un programme structuré pour évaluer les compétences. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.5 Le programme permet d'évaluer régulièrement les connaissances théoriques et pratiques grâce à diverses méthodes. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.8 Le laboratoire évalue annuellement l'efficacité de ses activités de formation, de perfectionnement et d'évaluation des compétences, et il consigne les résultats de cette évaluation. Référence CSA : Z902-10, 4.3.2.3 et 4.3.3.1.	
7.9 Le laboratoire tient des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences de chaque membre du personnel. Référence ISO : 15189-07, 5.1.2. Référence CSA : Z902-10, 4.3.4.	
10.5 Le laboratoire révise ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	
12.3 Le laboratoire évalue la compétence de tous les utilisateurs, et offre la formation supplémentaire, au besoin. Référence CSA : Z902-10, 21.5.	
19.5 Tout le personnel connaît et se conforme aux exigences des fiches signalétiques et du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
21.1 Dans le laboratoire, une personne est chargée de la sécurité; elle élabore et maintient le programme, et en assure la surveillance.	
21.2 La personne chargée de la sécurité a l'autorisation de mettre fin à toute activité en laboratoire jugée dangereuse.	!

21.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation, de formation, de perfectionnement ainsi que des éléments portant sur son contrôle et son évaluation.	!
21.5	La personne chargée de la sécurité en laboratoire mène annuellement une vérification du programme et apporte les changements nécessaires.	!
22.1	Le laboratoire utilise les classifications des groupes de risque pour classifier les agents biologiques.	!
22.3	Le laboratoire forme tout le personnel à cerner les dangers et à y faire face en prenant le moins de risque possible.	!
22.5	Le laboratoire revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents, et apporte des changements à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
23.1	Le laboratoire évalue régulièrement la conformité du personnel par rapport à son programme de sécurité et les comportements personnels sécuritaires. Référence CSA : Z902-10, 4.5.1.3.	!
23.5	Le laboratoire surveille la conformité aux pratiques de travail sécuritaires. Référence CSA : Z902-10, 4.5.1.2.	!
25.6	Le laboratoire met en oeuvre et fait le suivi d'indicateurs de qualité en vue d'évaluer la contribution du laboratoire aux services aux patients et de communiquer ces résultats au personnel ainsi qu'aux autres programmes, services ou organismes. Référence ISO : 15189-07, 4.9.	!
25.7	La direction du laboratoire s'appuie sur des indicateurs et des évaluations pour guider sa prise de décisions et pour faire apporter des améliorations continues à ses procédures et à son système général de gestion de la qualité, et ce, en temps opportun. Référence ISO : 15189-07, 4.12 et 4.14.3.	!
26.4	Le laboratoire surveille tous les incidents sur une longue période de temps et utilise l'information ainsi obtenue pour apporter des améliorations.	!
27.1	Les activités menées permettent au laboratoire d'atteindre ses buts et les résultats attendus.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Les activités de laboratoires du CSSS de la Haute-Côte-Nord s'effectuent actuellement sur deux sites : les laboratoires du site Les Escoumins offrent des services en hématologie, biochimie, microbiologie et banque de sang. Ceux de Forestville offrent des services en hématologie et biochimie. Les deux sites opèrent également une centrale des prélèvements, attenante aux laboratoires.

Depuis la dernière visite d'agrément des laboratoires (2009), les améliorations sont notables. Soulignons la qualité de la documentation en place (politiques, procédures, PON, formulaires, etc.). De plus, on note la rigueur avec laquelle sont complétés les différents formulaires : relevés des températures, registre des contrôles de la qualité et de maintenance des équipements. On note également la rigueur avec laquelle, les formulaires de non-conformité sont remplis. Nous observons toutefois que les informations qui émanent de ces différents registres ne sont pas exploitées de manière à alimenter la réflexion vers une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les équipements de laboratoires sont fonctionnels et adéquats, ils répondent aux besoins des opérations courantes. Certains équipements approchent leur fin de vie utile. Leur remplacement fait déjà partie d'un plan de renouvellement. Pour ces équipements, une approche régionale d'achat d'équipements est envisagée et souhaitable. Nous encourageons une telle démarche.

L'environnement des laboratoires est, dans l'ensemble, adéquat (mesures de protection individuelles, gestion des déchets biomédicaux, lave-yeux). Toutefois, la ventilation au laboratoire du site Les Escoumins est inadéquate; nous avons observé, lors de notre visite que l'équilibre du système de ventilation ne permettait pas de maintenir une « pression négative » dans le laboratoire, par rapport aux zones adjacentes. De plus, la température dans le local de microbiologie est souvent plus élevée que dans le reste du laboratoire. Cette situation serait à examiner. La formation SIMDUT reste à donner au personnel.

Les laboratoires de la Haute-Côte-Nord seront exposés au cours des prochains mois à des changements significatifs. Certains découleront de la mise en oeuvre des recommandations contenues dans un rapport d'analyse du fonctionnement des laboratoires datant de l'hiver 2013 et dont un plan d'action est en cours. D'autres changements, ayant sûrement des impacts sur la structure, les processus et les résultats sont attendus, feront suite à la fusion récente entre le CSSS de la Haute-Côte-Nord et le CSSS de la Manicouagan. La gestion du changement devient donc un défi de taille qui fait de l'implication du personnel, un incontournable facteur de succès de cette démarche. Nous espérons que les normes sur les laboratoires ainsi que le présent rapport d'agrément soient des outils qui alimentent la réflexion et qui apportent un certain soutien à cette démarche.

3.3.3 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
1.3 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec un comité interdisciplinaire de professionnels pour définir l'étendue des services d'ADBD et surveiller leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
9.6 Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.7 Celui qui effectue une ADBD rédige un rapport de façon lisible et il utilise un langage et un vocabulaire qui sont conformes aux recommandations d'organismes professionnels internationaux, nationaux ou régionaux.	
9.8 Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
9.9 Celui qui effectue une ADBD conserve le rapport de l'ADBD dans le dossier du client.	
9.11 L'organisme archive de façon sécuritaire toutes les requêtes d'ADBD et tous les résultats d'ADBD correspondants pendant une période conforme aux lignes directrices ou règlements provinciaux.	

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




Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Les laboratoires du CSSS Haute-Côte-Nord utilisent le glucomètre, les bandelettes urinaires et les trouses de dépistage du streptocoque dans la gorge (Forestville) pour effectuer des analyses de biologie délocalisées (ADBD). Le parc de glucomètres compte 12 appareils sur le site des Escoumins et environ 7 sur le site de Forestville. Ces équipements ont été acquis récemment. Le déploiement de ces nouveaux équipements a permis de mettre en place le nouveau programme de gestion des ADBD satisfaisant ainsi à plusieurs critères de la norme sur les ADBD. La nouvelle technologie permet ainsi une bonne gestion du programme de contrôle de la qualité, de la formation des utilisateurs et leur certification annuelle. La consignation des résultats au dossier nécessite par contre certaines modifications afin de répondre aux exigences de la norme.

Nous avons observé que les deux sites utilisent des bandelettes urinaires, notamment à la salle d'urgence. De plus, nous avons observé que les infirmières de la salle d'urgence de Forestville font des dépistages de streptocoques dans la gorge. Ces analyses de biologie délocalisées ne respectent pas plusieurs critères régissant les ADBD notamment :

- Il n'y a pas de contrôle de qualité effectué par les utilisateurs de bandelettes urinaires ni pour les dépistages de streptocoques.
- Les résultats sont consignés au dossier de l'utilisateur, mais ne répondent pas aux normes et aux critères des ADBD.

3.3.4 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
<p>1.3 L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.</p> <p>Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p> <p>1.3.1 L'organisme met en oeuvre un programme de gérance des antimicrobiens.</p> <p>1.3.2 Le programme comprend la hiérarchie des responsabilités pour la mise en oeuvre.</p> <p>1.3.3 Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, du personnel de la microbiologie, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information, selon la disponibilité et la pertinence.</p> <p>1.3.4 Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens qui peuvent comprendre la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).</p> <p>1.3.5 L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>1.8 Le personnel et les prestataires de services qui participent au processus d'utilisation des médicaments ont accès à des programmes de formation internes et externes sur l'utilisation des médicaments.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p>1.9 L'organisme offre au personnel et aux prestataires de services de la formation sur les événements indésirables liés aux médicaments.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p>2.1 L'organisme, incluant les organismes communautaires, se conforme à des critères écrits pour ajouter ou retirer des médicaments de la liste.</p>	

2.4	Le personnel et les prestataires de services ont accès à la liste de médicaments et sont mis au courant de l'inclusion ou de l'exclusion de la liste de tout médicament.	
2.5	L'organisme définit et établit la liste des médicaments de niveau de risque et d'alerte élevés dont il dispose.	!
10.4	Dans les organismes non dotés d'un système informatique d'entrée des ordonnances émises par les prescripteurs (CPOE), les professionnels prescripteurs utilisent des formulaires préimprimés standards pour l'ordonnance de médicaments.	
11.5	L'organisme dispose d'une politique de posologie selon le poids en pédiatrie qui comprend une vérification fondée sur le nombre de milligrammes par kilogramme.	!
16.2	Avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, les prestataires de services informent les clients et les familles au sujet de la pharmacothérapie recommandée et des réactions possibles.	
16.3	Les prestataires de services s'assurent que les clients savent qui appeler et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leur pharmacothérapie, alors qu'ils reçoivent des soins ou des services et après le congé ou le transfert à un autre service.	
16.5	Les prestataires de services consignent, dans le dossier du client, toute l'information qui lui a été transmise verbalement ou par écrit.	
19.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.	POR
19.4.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
21.5	L'organisme établit un groupe interdisciplinaire pour analyser et examiner tous les événements indésirables liés aux médicaments et tous les rapports sommaires afin de contribuer à l'enseignement donné au sein de l'organisme.	!
22.3	L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité pour la pharmacie.	

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








Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La pharmacie du CSSS de la Haute-Côte-Nord est située à l'Hôpital des Escoumins et elle est desservie par une équipe de pharmaciens de l'Hôpital de Chicoutimi qui se relèvent chaque semaine depuis plusieurs années. Le contrat qui concerne cette offre de service prendra bientôt fin, car l'organisme a recruté une jeune pharmacienne originaire de la région et qui s'y installera en permanence à compter de novembre 2013. La récente fusion du CSSS de la Haute-Côte-Nord avec celui de la Manicouagan permettra de réunir le personnel des deux pharmacies dans le même département.

Le personnel de la pharmacie ne mélange pas les médicaments stériles et les solutions intraveineuses. Cette fonction est assumée par la pharmacie de l'Hôpital de Baie-Comeau (CSSS de Manicouagan) qui se charge aussi de sa distribution dans les établissements du CSSS de la Haute-Côte-Nord. La pharmacie ne prépare pas de produits cytotoxiques. Ces produits sont préparés par la pharmacie de Baie-Comeau.

3.3.5 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
1.1 L'organisme attribue les ressources en vue de faire le suivi des taux d'infections.	
2.2 L'organisme collabore avec ses partenaires pour inciter la communauté à participer aux projets de prévention des infections, y compris ceux qui portent sur le lavage des mains, ainsi qu'à la formation et qu'aux campagnes de sensibilisation.	
2.3 L'organisme évalue régulièrement ses partenariats et en établit de nouveaux en se fondant sur les lacunes, les besoins de la communauté et les nouvelles tendances.	
3.2 L'organisme communique l'information sur les résultats de la recherche et les meilleures pratiques liées à la prévention des infections au personnel et aux prestataires de services qui participent directement à la prestation des services, à la haute direction, aux partenaires et aux organismes similaires.	
3.3 L'organisme utilise les résultats de recherches récentes et l'information sur les meilleures pratiques pour élaborer des activités de prévention des infections ainsi que de la formation, des politiques et des procédures sur le sujet.	!
4.6 L'ensemble du personnel, des prestataires de services et des bénévoles ont accès aux politiques et procédures de l'organisme en matière de prévention des infections dans un manuel conçu à cet effet.	
4.7 L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
5.2 Le programme de prévention des infections précise le rôle de chacun des membres du personnel, des prestataires de services et des bénévoles dans la prévention des infections.	
5.3 Le programme de prévention des infections porte sur les précautions personnelles et les activités à risque élevé qui ont lieu dans l'organisme.	!
5.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite.	
5.6 L'organisme permet à son personnel, ainsi qu'aux prestataires de services et aux bénévoles, d'accéder à du matériel de formation, des ressources, de l'information et des outils qui sont à jour et qui portent sur la prévention des infections.	

<p>6.1 L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur le lavage des mains au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles.</p> <p>6.1.2 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles comprennent comment appliquer le protocole d'hygiène des mains.</p>	<p> PRINCIPAL</p>
<p>6.2 Les cadres supérieurs de l'organisme favorisent et soutiennent la mise en oeuvre de séances de formation et de perfectionnement sur l'hygiène des mains à l'intention du personnel, des prestataires de services et des bénévoles.</p>	<p></p>
<p>6.5 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.</p> <p>6.5.2 L'organisme partage les résultats de sa vérification avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles.</p> <p>6.5.3 L'organisme utilise les résultats de la vérification pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.</p>	<p> SECONDAIRE SECONDAIRE</p>
<p>7.1 L'organisme fournit de l'information et de la formation aux clients et aux familles sur la prévention des infections sous une forme qui est facile à comprendre.</p>	
<p>7.2 L'information et la formation fournies aux clients et aux familles au sujet de la prévention des infections porte, entre autres, sur l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire, p.ex. en ce qui concerne la toux et l'éternuement.</p>	
<p>7.3 L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.</p>	<p></p>
<p>7.5 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles encouragent les clients, les familles et les visiteurs à adopter des mesures efficaces d'hygiène des mains.</p>	<p></p>
<p>9.6 L'organisme utilise les résultats des enquêtes pour améliorer ses programmes, ses politiques et ses procédures, ainsi que pour empêcher que les infections ne surviennent à nouveau.</p>	
<p>10.2 L'organisme nettoie et désinfecte correctement les secteurs où les clients et le personnel circulent.</p>	<p></p>
<p>10.6 L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures.</p>	
<p>11.1 L'organisme se conforme à ses politiques et procédures, ainsi qu'aux lois, lorsqu'il manipule le linge souillé, les matières infectieuses et les déchets dangereux.</p>	<p></p>

11.2 L'organisme considère l'équipement et les appareils utilisés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et il les transporte de façon appropriée dans une zone de décontamination ou d'élimination désignée.



11.3 Les membres du personnel portent de l'équipement de protection individuel approprié lorsqu'ils manipulent des matières et de l'équipement contaminés.



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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le service de prévention des infections est assuré par une infirmière à temps partiel conformément aux directives ministérielles à raison de trois jours par semaine pour l'ensemble du territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord. Cette professionnelle ne relève pas directement de la direction générale et doit s'accommoder d'un roulement important du poste de son supérieur immédiat. Elle n'a pas un accès officiel à un spécialiste en infectiologie autre que le lien avec la santé publique.

Les recommandations qu'elle fait dans le domaine de la prévention ne sont pas toujours suivies par le personnel et les cadres concernés. Par contre, ses services sont souvent requis pour gérer les situations où il y a des éclosions, ce qui en fait une intervenante de gestion de crise plutôt qu'une intervenante de prévention.

Cette situation diminue les opportunités de prévention et l'organisme a été confronté à onze situations d'éclosions en 2012-2013, ce qui est élevé dans un CSSS de cette taille et qui est une source évidente d'augmentation des dépenses pour les soins qui peut facilement conduire à des déficits budgétaires en plus de contribuer à des impacts négatifs sur la qualité de vie et les risques pour les clients.


Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles ne participent pas systématiquement au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation ni régulièrement par la suite.

L'organisme a revu et mis à jour ses politiques et procédures il y a quatre ans, mais on espère que la fusion avec le CSSS de Manicouagan facilitera les mises à jour.

L'organisme n'utilise pas encore les résultats des enquêtes pour améliorer ses programmes, ses politiques et ses procédures, ainsi que pour empêcher que les infections ne surviennent à nouveau malgré les recommandations de l'infirmière responsable de la prévention des infections à la suite des éclosions.

Il n'y a actuellement personne d'attitré à la prévention des infections pour les soins à domicile. La responsable de la prévention des infections n'est pas impliquée en prévention des infections à la cuisine ni dans le secteur de la stérilisation.

3.3.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
6.9 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
12.1 L'équipe interprète, en temps opportun, les résultats de l'imagerie diagnostique non urgents, urgents et très urgents.	!
12.2 L'équipe évalue si elle se conforme aux délais établis concernant l'interprétation des résultats de l'imagerie diagnostique, et apporte des améliorations, s'il y a lieu.	
15.7 L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales. 15.7.1 L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. 15.7.2 L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	 PRINCIPAL PRINCIPAL
16.3 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4 L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le service d'imagerie diagnostique du CSSS de la Haute-Côte-Nord est situé à l'hôpital des Escoumins et au site de Forestville. Le site des Escoumins comporte un appareil de graphie couplé à un système PACS et un appareil de graphie mobile pour les clients hospitalisés. La lecture des images est faite par les radiologistes du CSSS de la Manicouagan à Baie-Comeau.

Un projet est en cours pour transférer l'appareil de graphie mobile au site de Forestville et doter l'hôpital des Escoumins d'un nouvel appareil de graphie mobile.

3.3.7 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux



Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
3.2 Les procédures de transport sont conformes aux lois et aux règlements nationaux, régionaux ou locaux. Référence ISO : 15189, 5.4.6.	
4.8 Le personnel autorisé du laboratoire vérifie la pertinence des analyses effectuées. Référence ISO : 15189, 5.6.1.	
6.1 L'organisme a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire.	!
6.2 Le laboratoire a désigné des membres du personnel pour effectuer et vérifier les analyses hors laboratoire.	!
6.3 Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	!
7.10 Le laboratoire dispose d'une politique détaillée concernant la divulgation des résultats des analyses. Référence ISO : 15189, 5.8.13.	
8.1 Le laboratoire extrait des indicateurs de qualité des résultats généraux des analyses.	!
8.2 Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	
8.3 Le laboratoire fait une vérification des résultats globaux et analyse les tendances générales.	
8.4 Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	


Les laboratoires du site Les Escoumins offrent des services de laboratoire en hématologie, biochimie, microbiologie et de banque de sang. Ceux de Forestville offrent des services en hématologie et biochimie. La majorité de la documentation, portant sur les politiques ainsi que les procédures opératoires normalisées (PON), est disponible depuis 2008-2009. Cette documentation, quoique nécessitant une mise à jour dans certains cas, est de grande qualité, bien structurée et pertinente. Elle offre le support documentaire approprié au bon fonctionnement des laboratoires.


Les deux sites opèrent une centrale des prélèvements attenante aux laboratoires. Le processus préanalytique entourant le prélèvement, à savoir la prescription, la requête d'analyse, l'étiquetage des spécimens et la validation des spécimens à leur arrivée sont bien maîtrisés par le personnel oeuvrant à la centrale des prélèvements. Un formulaire de déclaration des non-conformités permet la collecte de données, mais le laboratoire utilise peu ou pas ces informations dans un objectif pouvant conduire à un plan d'amélioration continue de la qualité. On suggère qu'une analyse périodique de ces non-conformités afin qu'elle puisse conduire à la mise en oeuvre d'un plan d'amélioration continue de la qualité.

L'émission des rapports tant à l'interne qu'à l'externe (bureau de médecins, CLSC, CHSLD) suit également un processus bien maîtrisé.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de médecine.	
4.6 Le placement de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe de médecine.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 L'organisme met sur pied une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de médecine.	
3.3 L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
5.1 L'organisme dispose de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les clients aux membres de l'équipe.	
5.7 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.4 L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée. 7.4.1 L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse. 7.4.2 L'équipe cerne les clients qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (TEV) [(thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)], et effectue des prophylaxies de la TEV qui sont appropriées et fondées sur des données probantes.	 PRINCIPAL PRINCIPAL

7.4.3	L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.	SECONDAIRE
7.4.4	L'équipe cible les clients en chirurgie orthopédique lourde (arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé, et elle dispose d'un mécanisme pour offrir aux clients la prophylaxie appropriée après le congé.	PRINCIPAL
7.4.5	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	SECONDAIRE
8.8	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
9.2	L'équipe élabore un plan de services complet et intégré pour chaque client.	
9.3	Le plan de services du client comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.	
9.4	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	
9.4.1	L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	PRINCIPAL
9.4.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	PRINCIPAL
9.4.3	L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
9.4.4	L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des clients et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression.	SECONDAIRE
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
9.5	L'équipe communique le plan de services du client aux prestataires de services concernés en temps opportun et en tenant compte des lois relatives à la protection de la vie privée.	!

11.5	En collaboration avec les autres prestataires de services du client, l'équipe élabore un plan de suivi intégré et complet.	
11.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de médecine.	!
14.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	!
14.3	Le processus de revue des guides de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
15.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de médecine.	
16.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Avec l'aide de ses partenaires internes et externes, l'équipe est parvenue à bien identifier les besoins de la population desservie à l'intérieur de ce programme. L'étendue des services offerts est en lien avec le plan stratégique de l'organisation du CSSS. Les intervenants sont soucieux d'offrir aux clients des services accessibles permettant de répondre à leurs besoins.

Nous encourageons la direction responsable des services de médecine à poursuivre, avec les intervenants concernés, la réalisation de leur plan d'amélioration continue de la qualité 2012-2015.

Processus prioritaire : Compétences

La possibilité de rencontre interdisciplinaire existe. Des rencontres interdisciplinaires recommencent à prendre forme et elles sont programmées en fonction des besoins des clients et des équipes de travail. L'implantation d'un processus structuré de mise en place d'une équipe interdisciplinaire et d'évaluation de son fonctionnement est souhaitable.

Nous les encourageons à poursuivre les activités permettant l'évaluation du rendement des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous encourageons l'équipe à élaborer une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.

L'équipe est encouragée à poursuivre les démarches qui permettront d'implanter le programme de prévention des plaies de pression qui a été adopté au conseil d'administration du 1er octobre 2013.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Nous conseillons à l'établissement de mettre en place, avec les intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle hospitalisée à l'unité de médecine, les activités permettant une pratique basée sur des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'établissement s'est doté d'un programme de prévention des chutes et nous l'encourageons à poursuivre les actions entreprises permettant aux intervenants de connaître son contenu et de l'appliquer auprès des clients.

La direction de l'établissement est à développer une approche d'organisation de services basée sur une culture de la mesure des résultats. Nous l'encourageons à poursuivre cette démarche et à partager ses résultats auprès de son personnel, ses partenaires et de la population.

3.3.9 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.2 L'équipe utilise les renseignements qu'elle recueille sur la communauté pour définir la portée de ses services et les priorités si de nombreux besoins en matière de services sont décelés.	
2.1 Les membres de l'équipe fixent ensemble les objectifs.	
2.2 Les objectifs de l'équipe se rattachant aux services de santé communautaire sont clairs et mesurables.	
4.5 L'équipe favorise le placement d'étudiants et de bénévoles au sein de l'équipe de prestation de services de santé communautaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 L'organisme forme une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de santé communautaire.	
3.3 L'organisme encourage chaque membre de l'équipe à perfectionner ses compétences afin d'améliorer l'approche interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.6 L'équipe suit un processus pour aider le personnel à traiter les questions d'éthique.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision	
10.1 L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes destinées aux populations de la communauté.	!
10.2 L'équipe examine ses lignes directrices afin de s'assurer qu'elles sont à jour et conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	!
10.3 Le processus d'examen des lignes directrices de l'équipe comprend la sollicitation du personnel et des prestataires de services sur l'applicabilité des lignes directrices et sur leur facilité d'utilisation.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	

11.1 L'équipe est formée pour déceler, réduire et gérer les risques.



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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services offerts à la clientèle sont centrés sur la personne et ses proches. La préoccupation clientèle est clairement exprimée par les membres du personnel rencontrés. Nous reconnaissons fortement l'implication de l'utilisateur et de sa famille dans la prestation de soins et de services. La force des liens entre les membres des équipes est remarquable, typique d'un petit milieu aux grandes richesses humaines. La direction a su instaurer une démarche respectueuse d'évaluation de l'appréciation de la contribution de ses employés. La production écrite d'information sur la sécurité des usagers à domicile est à souligner.

Bien que présente, la collaboration interprofessionnelle est à parfaire puisqu'elle s'est développée de façon variable et davantage orientée vers la consultation. Nous encourageons les équipes, lorsque la situation est propice à l'interdisciplinarité, à poursuivre, à s'investir de façon plus prononcée dans les approches de travail collaboratif afin d'accroître la qualité des soins et des services rendus et d'augmenter l'efficacité globale du programme.

Peu de mesures existent pour soutenir les professionnels dans l'exercice de leur pratique (le soutien entre pairs et des gestionnaires). L'utilisation des connaissances scientifiques est à développer comme outil d'aide à la prise de décision. Les dirigeants sont invités à élaborer des plans d'action en collaboration avec l'ensemble du personnel, développer conjointement des objectifs, préciser les dossiers majeurs de l'année à venir.

Processus prioritaire : Compétences

Nous ressentons fortement une préoccupation « clientèle » chez les employés ainsi que la force des liens entre les membres des équipes. La direction a su instaurer une démarche respectueuse d'évaluation de l'appréciation de la contribution de ses employés.

Nous invitons l'organisme à renforcer l'approche de collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de travail.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous reconnaissons fortement l'implication de l'utilisateur et de sa famille dans la prestation de soins et de services. La production écrite d'information sur la sécurité des usagers à domicile est à souligner.

L'organisme est encouragé à préciser le processus interne pour soutenir le personnel à traiter les questions d'éthique.



Processus prioritaire : Aide à la décision


Nous invitons la direction à se préoccuper davantage de l'importance du recours aux meilleures pratiques, aux résultats de recherche et aux données probantes pour améliorer la qualité des soins et des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme est invité à renforcer les compétences du personnel en matière de gestion des événements indésirables à caractère psychosocial.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins de longue durée.	
4.9 L'accueil de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe de services de soins de longue durée.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 L'organisme met sur pied une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de soins de longue durée.	
3.3 L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
5.5 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.3 Le plan de soins (ou le PII) du résident comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.	
8.4 L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression. 8.4.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé. Les équipes des services de soins de longue durée qui n'utilisent pas d'outil d'évaluation des risques validé et normalisé à l'heure actuelle devront le faire au plus tard en janvier 2013.	 PRINCIPAL

8.4.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque résident à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.	PRINCIPAL
8.4.3	L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
8.4.4	L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des résidents et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression.	SECONDAIRE
8.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
8.10	L'équipe vérifie si les buts des services offerts aux résidents et les résultats attendus sont atteints, et elle utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent l'atteinte de ces buts.	
10.9	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision		
16.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de soins de longue durée.	!
16.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont à jour et tiennent compte des résultats actuels de la recherche et de l'information sur les meilleures pratiques.	!
16.3	Le processus de vérification de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des lignes directrices et de leur facilité d'utilisation.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.4	L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les résidents.	
17.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL

17.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
17.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
18.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
18.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux résidents et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Avec l'aide de ses partenaires internes et externes, l'équipe est parvenue à bien identifier les besoins de la population desservie à l'intérieur de ce programme. L'étendue des services offerts est en lien avec le plan stratégique de l'organisation du CSSS. Une trajectoire de services incluant la collaboration des différents partenaires est connue et facilite l'accessibilité aux services de soins de longue durée.

Les intervenants sont soucieux d'offrir aux clients, des services accessibles permettant de répondre à leurs besoins.

Nous encourageons la direction responsable des services de soins de longue durée à poursuivre, avec les intervenants concernés, la réalisation de leur plan d'amélioration continue de la qualité 2012-2015.

Les intervenants rencontrés se disent satisfaits des fournitures et équipements que l'établissement met à leur disposition afin de leur permettre de répondre aux besoins des clientèles desservies.

Processus prioritaire : Compétences

La possibilité de rencontre interdisciplinaire existe à l'intérieur des services de soins de longue durée. Des rencontres interdisciplinaires recommencent à prendre forme et elles sont programmées en fonction des besoins des clients et des équipes de travail. L'implantation d'un processus structuré de mise en place d'une équipe interdisciplinaire et d'évaluation de son fonctionnement est souhaitable.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre les activités permettant l'évaluation du rendement des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Avec la participation du client et de ses proches, l'évaluation des besoins de la clientèle est faite dans un court délai et les plans thérapeutiques infirmiers sont élaborés, suivis de l'élaboration du profil ISO-SMAF et du tableau de soins SMAF qui sont à la disposition de différents professionnels.

Pour ce qui est du plan d'intervention, il est rédigé sur un formulaire au Pavillon Bergeronnes. Au Pavillon Les Escoumins, il n'y a pas de plan d'intervention rédigé par contre, les interventions à réaliser se retrouvent à l'intérieur des notes d'observations de différents professionnels. Au Pavillon Forestville, ces données se retrouvent sur un formulaire prévu à cet effet. Nous encourageons l'organisation à harmoniser cette pratique afin de permettre aux équipes de travail d'avoir accès à un plan d'intervention pour chaque client.

L'équipe est encouragée à poursuivre les démarches qui permettront d'implanter le programme de prévention des plaies de pression qui a été adopté au conseil d'administration du 1er octobre 2013.

Il nous semble important de souligner que les équipes de travail, avec l'implication de l'équipe médicale, sont parvenues à mettre en place les activités nécessaires permettant d'éliminer l'utilisation des contentions à l'intérieur des services de soins de longue durée.



Processus prioritaire : Aide à la décision


Nous conseillons à l'établissement de mettre en place, avec les intervenants qui œuvrent aux services de soins de longue durée, les activités permettant une pratique basée sur des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'établissement s'est doté d'un programme de prévention des chutes et nous l'encourageons à poursuivre les actions entreprises permettant aux intervenants de connaître son contenu et de l'appliquer auprès des clientèles desservies aux unités de soins de longue durée. L'ergothérapeute qui œuvre en soins de longue durée réalise des activités permettant d'intervenir en prévention des chutes chez les clients hébergés.

3.3.11 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Cheminement des clients		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Direction clinique		
4.12	Le placement de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe des services d'urgence.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.6	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.5	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	
4.5.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
4.8	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.9	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
4.13	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.6	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments pour les clients qui ont été admis, et ce, de concert avec le client, la famille ou le soignant.	
8.3.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour les clients qui ont été admis.	PRINCIPAL
8.3.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	PRINCIPAL

8.3.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
8.3.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE
10.9	L'équipe administre les doses de médicaments aux clients en pédiatrie selon leur poids et en se servant de l'équipement de taille appropriée.	!
11.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
11.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
11.5.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	PRINCIPAL
11.5.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
11.5.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	PRINCIPAL
11.5.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		
13.4	Les membres de l'équipe reçoivent de la formation et du perfectionnement sur les systèmes d'information et autres technologies.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
5.3	L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler et de réduire les risques chez ses membres lors de la prestation des services d'urgence.	!
10.11	L'équipe détermine et gère les problèmes d'ordre médico-légal du service des urgences.	!
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.1	L'équipe est formée pour déceler et gérer les clients dans le service des urgences qui représentent une menace physique ou qui ont des comportements violents.	!
15.3	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	!
15.4	L'équipe détecte, signale, documente et analyse les événements sentinelles, les incidents et accidents évités de justesse et les événements indésirables au bon moment.	!
16.1	L'organisme cerne les indicateurs de processus et de résultats pour le service des urgences et en assure le suivi.	!
16.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services offerts par le service des urgences.	
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus		
9.1	L'équipe travaille avec l'unité des soins intensifs, le centre de prélèvement des organes ou l'équipe de prélèvement des tissus pour établir l'échéancier relatif au transfert, en temps opportun, du donneur potentiel d'organes et de tissus qui se retrouve au service des urgences.	
9.2	L'organisme a établi des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement pour identifier les donneurs d'organes et de tissus potentiels.	
9.4	L'organisme a une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
9.5	L'équipe suit un protocole écrit pour le DDN qui comprend l'accès à des personnes qualifiées pour déclarer le décès neurologique.	
9.9	L'équipe vérifie le registre des donneurs provincial, le cas échéant, pour déterminer si le nom du patient s'y trouve.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le service des urgences du CSSS de la Haute-Côte-Nord est disponible aux sites de Forestville et des Escoumins. Il est reconnu centre de stabilisation médicale pour le réseau québécois de traumatologie et il est ouvert 24 heures sur 24 avec un médecin sur place en permanence.

Processus prioritaire : Compétences

Le service des urgences du CSSS de la Haute-Côte-Nord est un service qui n'a pas accès sur place aux disciplines médicales spécialisées, mais qui dispose d'un bon support à distance pour l'ensemble de ces disciplines.

Les activités de formation sont minimales et il n'existe pas d'activités de formation formelles entre l'équipe médicale et le personnel de l'urgence.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il n'existe pas de bilan comparatif des médicaments au service des urgences pour les clients qui sont admis, mais cette tâche se réalise à l'unité de soins où le client a été admis, avant la fin du jour ouvrable qui suit son arrivée à l'unité de soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe transmet les renseignements sur les clients et en coordonne la diffusion entre les prestataires de services, les autres équipes et les autres organismes concernés lors du transfert ou du congé des clients.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le service des urgences du CSSS de la Haute-Côte-Nord n'est pas confronté à des situations de surachalandage et les séjours moyens ne posent pas de problématiques complexes.





Les corridors de services avec les établissements spécialisés fonctionnent bien et la complémentarité des services assure une prise en charge qui répond bien aux besoins de la population.


La promotion d'une culture de mesure avec la mise en place d'indicateurs de performance clairs et pertinents pour le service des urgences encouragerait l'équipe à s'impliquer plus concrètement dans l'amélioration de la qualité.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Le service des urgences du CSSS de la Haute-Côte-Nord transfère tous les cas graves y compris ceux qui risquent de devenir des donneurs potentiels d'organes vers des centres spécialisés. De plus, il n'a pas accès à une unité de soins intensifs.

3.3.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
4.7 Le placement de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe de soins ambulatoires.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 L'organisme a recours à une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de soins ambulatoires.	
3.3 L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
5.5 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.8 L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	
12.6 Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
16.1 L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de soins ambulatoires.	
16.2 L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	

16.3	Le processus de revue des guides de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
17.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
17.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
17.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
18.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de soins ambulatoires.	
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Direction clinique		

Avec l'aide de ses partenaires, le service de médecine ambulatoire est parvenu à bien identifier les besoins de la population desservie à l'intérieur de ce programme. L'étendue des services offerts est en lien avec le plan stratégique de l'organisation du CSSS. Une trajectoire de services incluant la collaboration des différents partenaires est connue et facilite l'accessibilité aux services ambulatoires.

Les intervenants sont soucieux d'offrir aux clients inscrits à leurs programmes des services accessibles permettant de répondre à leurs besoins.

Nous encourageons la direction responsable de l'unité de médecine ambulatoire à poursuivre, avec les intervenants concernés, la réalisation de leur plan d'amélioration continue de la qualité 2012-2015

Processus prioritaire : Compétences

À l'unité de médecine ambulatoire, nous ne retrouvons pas de structure officielle de mise en place d'une équipe interdisciplinaire. Les intervenants en soins infirmiers qui y œuvrent appliquent sur place des ordonnances médicales sur rendez-vous. Même si les intervenants peuvent au besoin avoir accès à d'autres professionnels de disciplines différentes pour répondre à des besoins ponctuels des clients, nous conseillons à l'établissement, afin d'éviter l'isolement de ces professionnels, de favoriser leur intégration à une équipe interdisciplinaire déjà existante.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services sont planifiés et organisés en fonction des besoins de la clientèle, mais aussi dans la perspective de répondre aux besoins de la population dont les besoins sont de plus en plus grandissants. Avec ses partenaires, l'équipe est parvenue à développer une bonne intercollaboration permettant aux clients d'avoir accès à des services de qualité tout au long de leur épisode de soins.

Même si la clientèle desservie reçoit sur rendez-vous des services basés sur des ordonnances médicales, une attention particulière devra être portée sur l'élaboration du plan thérapeutique infirmier.

Processus prioritaire : Aide à la décision


Nous conseillons à l'établissement de mettre en place, avec les cliniciens qui œuvrent aux services de médecine ambulatoire, les activités permettant une pratique basée sur des lignes directrices fondées sur des données probantes.





Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation a développé un programme de prévention des chutes et sa mise en place est à faire dans ses services de médecine ambulatoire. Nous encourageons l'organisation à poursuivre son déploiement.

La direction de l'établissement est à développer une approche d'organisation de services basée sur une culture de la mesure des résultats. Nous l'encourageons à poursuivre cette démarche et à partager ses résultats auprès de ses partenaires et de la population.

3.3.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.3 Les buts et les objectifs de l'organisme sont mesurables et précis.	
3.4 L'organisme élabore des procédures pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.3 L'organisme encourage son personnel et les prestataires de services à développer leurs compétences afin d'améliorer les relations interdisciplinaires.	
4.9 L'organisme évalue et satisfait les besoins de chaque membre du personnel en matière de formation, de formation continue et de perfectionnement.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
2.1 L'organisme utilise une démarche d'équipe pour élaborer ses buts et objectifs.	
6.7 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.	
6.7.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients à chaque visite si des médicaments ont été changés ou abandonnés.	PRINCIPAL
6.7.2 L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au début des services quand la gestion des médicaments fait partie des soins.	PRINCIPAL
6.7.3 L'équipe compare en temps opportun le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les médicaments prescrits, dispensés ou administrés durant les services.	PRINCIPAL
6.7.4 L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.	PRINCIPAL
6.7.5 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE
7.8 L'organisme suit un processus pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!

<p>8.1 L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>8.1.1 L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour chaque client au début des services.</p> <p>8.1.3 L'organisme utilise l'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité pour planifier et offrir les services aux clients, et la communique aux partenaires qui participent à la planification des soins.</p> <p>8.1.4 L'organisme met à jour régulièrement l'évaluation des risques en matière de sécurité, et elle utilise l'information pour apporter des améliorations aux services de santé du client.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>8.8 L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p> <p>8.8.5 L'organisme utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.</p>	<p></p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>11.2 L'équipe établit, de concert avec le client et la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé), quand la gestion des médicaments fait partie des soins ou quand l'évaluation du clinicien établit que ce bilan est nécessaire.</p> <p>11.2.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé).</p> <p>11.2.3 L'équipe fournit au client une copie de la liste de médicaments à jour, lui transmet de l'information claire sur les changements apportés et lui enseigne à partager la liste quand il rencontre des prestataires de son cercle de soins.</p> <p>11.2.4 Une fois informé du transfert ou du congé d'un client, l'organisme de soins en milieu communautaire transmet la plus récente liste de médicaments au prochain prestataire de soins.</p> <p>11.2.5 Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>12.1 L'organisme tient un dossier précis et à jour sur chaque client.</p>	
<p>12.5 Les membres du personnel s'assurent de lire et de comprendre le dossier du client en priorité, tel que requis pour effectuer leur travail.</p>	<p></p>
<p>Processus prioritaire : Aide à la décision</p>	

- 14.1 L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses soins et services à domicile.



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- 3.7 L'organisme suit un processus structuré pour évaluer le fonctionnement de l'équipe une fois par année, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.

- 15.1 L'organisme définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Un ensemble d'améliorations a été apporté notamment la réorganisation des soins infirmiers ayant servi à contrer la pénurie d'infirmière, la consolidation des rencontres du personnel (discussions cliniques), l'introduction de l'outil PRISMA 7, l'OÉMC informatisée permettant d'utiliser le SMAF ainsi que le plan de redéploiement du RSIPAPA. La préoccupation « clientèle » est fortement ressentie chez les employés ainsi que la force des liens entre les membres des équipes. La direction a su instaurer une démarche respectueuse d'évaluation de l'appréciation de la contribution de ses employés. Nous reconnaissons l'effort de cette direction dans l'utilisation des données clientèles pour la planification des services. Cette direction a su établir des partenariats solide et fructueux avec la communauté locale. La Table locale des Aînées en témoigne.

Différents défis se présentent à cette direction notamment, l'organisation optimale de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement avec la croissance démographique en cours, le renforcement de la culture de déclaration des événements indésirables au Soutien à domicile, la réalisation systématique des plans d'intervention. Nous encourageons les équipes, lorsque la situation est propice à l'interdisciplinarité, à poursuivre, à s'investir de façon plus prononcée dans les approches de travail collaboratif afin d'accroître la qualité des soins et des services rendus et d'augmenter l'efficacité globale du programme. L'utilisation des connaissances scientifiques est à développer comme outil d'aide à la prise de décision.

Nous encourageons l'organisme à poursuivre la formation donnée aux employées qui se rapportent à la sécurité des clients et du personnel afin de renforcer les acquis.

Nous encourageons l'établissement à s'inspirer des meilleures pratiques dans le domaine, à innover et être proactif. Nous encourageons la direction de ce programme à se doter d'un plan d'action identifiant les buts et les objectifs qu'elles désirent poursuivre, atteindre et mesurer. Ce plan mériterait d'être partagé avec l'ensemble des employés. De plus, nous invitons cette direction à combiner les données clientèles qu'elle produit avec les données populationnelles dans ses exercices de planification de services.

Processus prioritaire : Compétences

Nous ressentons fortement une préoccupation « clientèle » chez les employés ainsi que la force des liens entre les membres des équipes. Une expression des employés résume bien cette préoccupation : « un petit milieu, de grandes richesses ». Le client est véritablement au centre des préoccupations selon les employés.

Nous constatons une vie d'équipe forte, axée sur le respect et l'entraide. La direction a su instaurer une démarche respectueuse d'évaluation de l'appréciation de la contribution de ses employés.

Nous invitons la direction de ce programme à s'assurer d'une appropriation adéquate des compétences en matière de gestion des événements indésirables et à se permettre d'échanger sur les événements survenus avec les employés pour permettre des améliorations constantes. Le développement de la gestion de la médication à domicile sera certainement un défi important à relever au cours des prochaines années avec la fusion.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous reconnaissons fortement l'implication de l'utilisateur et de sa famille dans la prestation de soins et de services. La production écrite d'information sur la sécurité des usagers à domicile est à souligner.

Nous invitons la direction à amorcer les travaux entourant l'élaboration du bilan comparatif des médicaments avec la gestion de la médication à domicile. Bien qu'un programme de prévention des chutes existe, ce dernier nous apparaît incomplet en n'établissant pas de mesure d'évaluation de la stratégie retenue ni comment les informations recueillies seront reprises afin d'apporter des améliorations. Nous encourageons les dirigeants à s'assurer du respect des règles de rédaction de dossier afin d'éviter les photocopies de documents comportant des informations confidentielles et la création de dossier parallèle.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La réorganisation des soins infirmiers représente une belle initiative pour faire face à la pénurie de personnel dans ce programme. Les rencontres d'équipe sont reconnues comme une belle réussite permettant un espace de discussion clinique pour les membres du personnel.

Nous invitons la direction à se préoccuper davantage de l'importance du recours aux meilleures pratiques, aux résultats de recherche et aux données probantes pour améliorer la qualité des soins et des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le partage des expériences et des connaissances avec les partenaires de la Table locale des Aînés est à souligner.

Nous invitons la direction à se prévaloir d'un processus structuré d'évaluation régulière du fonctionnement des équipes de travail.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme conjoint d'agrément, les organismes clients ont fait remplir des outils d'évaluation. Les sondages (ou outils) sont des questionnaires qui portent sur des secteurs comme la gouvernance, la culture de sécurité des patients ainsi que la qualité de vie au travail. Les outils du Conseil québécois d'agrément comprennent le Sondage sur la mobilisation du personnel et le Sondage sur la satisfaction de la clientèle. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients

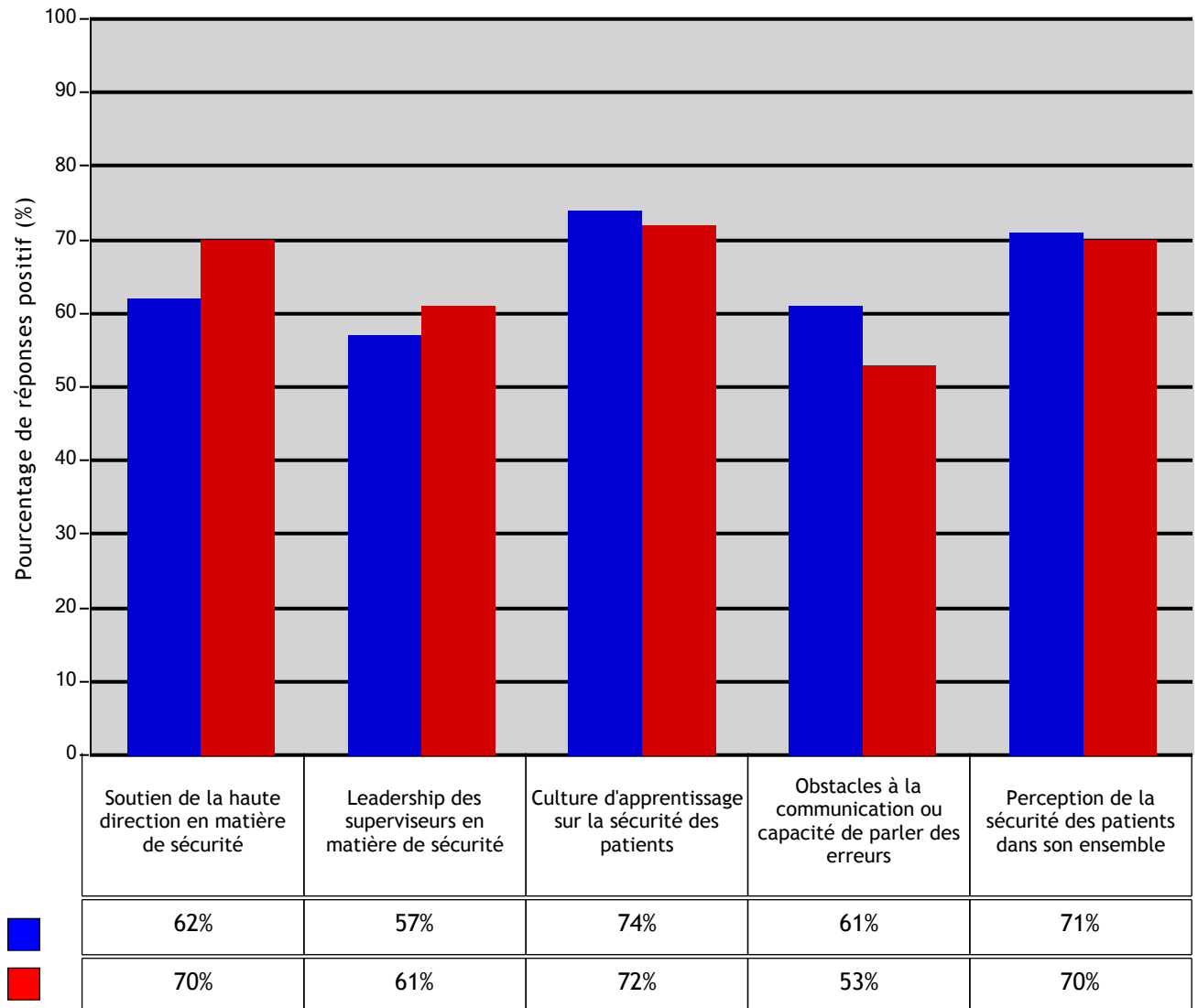
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 3 octobre 2012 au 15 décembre 2012
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 61
- Nombre de réponses : 98

Culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

- Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan - Haute-Côte-Nord
- * 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 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

Partage d'information, communication et enseignement, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Conforme

4.2 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)

La performance des organisations de nature professionnelle repose essentiellement sur la contribution du personnel, et plus particulièrement de ceux et celles qui interviennent directement auprès de la clientèle. À titre de premiers responsables des services dispensés, ceux-ci exercent une influence sur l'orientation, l'organisation et la maîtrise des services mis en oeuvre.

La satisfaction des besoins du client passe donc, d'une certaine façon, par la satisfaction des besoins du personnel. En effet, ce dernier nourrit un certain nombre d'attentes à l'égard de l'organisation concernant la réalisation de son travail et les attentes du client seront d'autant plus satisfaites que celles du personnel le seront. Il est aussi vrai d'affirmer que le personnel est d'autant plus satisfait qu'il produit de la qualité et est lui-même productif. C'est ainsi que la mobilisation du personnel apparaît comme une condition essentielle pour pouvoir améliorer la qualité des services offerts par l'établissement.

Dans le développement d'une culture « clientèle », l'organisation est invitée à mettre en place les conditions susceptibles de responsabiliser l'ensemble des employés face à la recherche de l'excellence et à l'amélioration continue de la qualité et à s'engager à fournir à ses employés les outils, la reconnaissance du travail bien fait, le soutien et la marge de manoeuvre nécessaire pour qu'ils se mobilisent.

Les effets escomptés de la mobilisation des employés dans une démarche continue de la qualité se traduisent par un processus d'innovation, profondément ancré au sein de l'établissement, favorisant une plus grande productivité et efficacité dans son fonctionnement. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la qualité du travail est un facteur d'accroissement de la productivité.

Le sondage utilisé pour évaluer le degré de mobilisation du personnel comporte six indicateurs : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, la communication et le leadership. Quant à la mobilisation on peut généralement la définir de la façon suivante :

« Masse critique d'employés qui accomplissent des actions bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une oeuvre collective. »

« Mobiliser les employés, c'est les inciter à améliorer la qualité de leur travail, à s'aligner sur les priorités organisationnelles et à se coordonner, en mettant en place des pratiques de gestion qui ne les laissent pas indifférents, mais qui au contraire les rejoignent ... »

Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS de la Haute-Côte-Nord et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 120			Autres établissements du Québec n = 1586		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	79,00	76,00	83,00	80,00	75,00	85,00
JAUNE	Implication	71,00	67,00	75,00	77,00	72,00	82,00
JAUNE	Collaboration	77,00	74,00	81,00	79,00	75,00	83,00
JAUNE	Soutien	70,00	67,00	74,00	74,00	69,00	79,00
JAUNE	Communication	66,00	62,00	70,00	71,00	66,00	76,00
JAUNE	Leadership	69,00	65,00	73,00	75,00	70,00	80,00

4.4 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)

La satisfaction des usagers est un indicateur largement reconnu de la qualité des services et de la performance d'une organisation. Pour Horivitz, le service donné atteint son niveau d'excellence quand il répond aux besoins et attentes de ses clients. « Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) place également la satisfaction des usagers au coeur de sa définition de la qualité des soins. Pour l'OMS, l'évaluation est « une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale [...] et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [...] ». La satisfaction de l'utilisateur peut être considérée « comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même » (Agence Nationale pour le développement de l'Évaluation Médicale, 1996). »

Dans le cadre d'une démarche d'agrément, l'analyse du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services reçus, fournit de précieuses informations aux gestionnaires et aux professionnels engagés dans l'amélioration continue de la qualité des services, en leur permettant d'ajuster, au besoin, les pratiques organisationnelles et professionnelles en fonction des attentes des usagers.

Le sondage sur la satisfaction des usagers évalue la qualité du service qu'ils reçoivent en fonction :

- de la qualité du rapport humain que le personnel de l'organisation entretient avec lui (aspect relationnel);
- de la qualité des soins, des services et des conseils appropriés prodigués par les professionnels rencontrés (aspect professionnel);
- de la qualité de l'environnement et du contexte dans lequel ces services sont dispensés que ce soit sous l'angle de l'accessibilité, de la rapidité, de la continuité, du confort ou de la simplicité de leur utilisation (aspect organisationnel).

Ces trois indicateurs recouvrent douze dimensions de la qualité ayant été identifiées à partir de groupes de discussions formés d'usagers des services de santé et des services sociaux. Ces rencontres se renouvellent habituellement aux trois ans afin de vérifier et d'ajuster au besoin le concept de qualité des services tel que perçu par les utilisateurs du réseau des services de santé et de services sociaux.

Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS de la Haute-Côte-Nord à celui observé dans d'autres établissements

Code couleur	Indicateurs	Organisation			Autres établissements du Québec		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	90,00	87,00	93,00	86,00	84,00	89,00
VERT	Prestation professionnelle	89,00	86,00	92,00	83,00	81,00	84,00
VERT	Organisation des services	87,00	84,00	90,00	83,00	81,00	84,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS de la Haute-Côte-Nord et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 395			Autres établissements du Québec n = 1373		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	88,00	87,00	90,00	91,00	79,00	95,00
JAUNE	Prestation professionnelle	85,00	83,00	86,00	89,00	80,00	92,00
JAUNE	Organisation des services	82,00	81,00	84,00	86,00	77,00	90,00

Section 5 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.

La direction du CSSS HCN est très satisfaite des progrès réalisés en terme d'amélioration continue de la qualité depuis la visite de 2008. Nous tenons à remercier tous les membres du personnel et les médecins qui se sont impliqués dans la démarche qualité.

Comme il s'agit d'un processus d'amélioration continue de la qualité, nous poursuivons nos travaux vers l'atteinte des normes d'excellence.

À la lecture du rapport préliminaire, nous notons que certains éléments n'ont pas été pris en compte dans la codification des taux de conformité de quelques POR et critères de priorité élevés. Dans une perspective de rendre compte des efforts soutenus du personnel et des mesures mises en oeuvre, nous comptons transmettre un complément d'informations à Agrément Canada, ceci en vue de modifier si requis le rapport provisoire.

Annexe A 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 clients 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 partenaires 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 appropriées 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.

Processus prioritaire	Description
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	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
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.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
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	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Processus prioritaire	Description
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.
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.
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, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.