

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la Minganie

Havre-Saint-Pierre, QC

Dates de la visite d'agrément : 4 au 9 octobre 2015

Date de production du rapport : 2 novembre 2015



AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA

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

Agréé par l'ISQua



CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ

Normes agréées par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de la Minganie (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 octobre 2015. 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 continue 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



Paul St-Onge
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	17
3.0 Résultats détaillés de la visite	19
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	20
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>	29
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	30
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	32
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service</i>	32
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service</i>	34
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service</i>	36
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Service des urgences - Secteur ou service</i>	38
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service</i>	42
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service</i>	44
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service</i>	46
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire - Secteur ou service</i>	48
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service</i>	51

<i>3.2.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée - Secteur ou service</i>	55
<i>3.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service</i>	58
<i>3.2.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service</i>	61
<i>3.2.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service</i>	64
4.0 Résultats des outils d'évaluation	68
4.1 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	68
4.2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	70
Annexe A Processus prioritaires	72

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 Minganie (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 usagers et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la Minganie maintient 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 : 4 au 9 octobre 2015**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

- 1 Centre de santé et de services sociaux de la Minganie
- 2 Le Foyer de Havre-Saint-Pierre
- 3 Point de service d'Aguanish
- 4 Point de service de Longue-Pointe-de-Minganie

- **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
- 2 Gestion des médicaments
- 3 Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

- 4 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
- 5 Soins et services à domicile - Normes sur l'excellence des services
- 6 Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
- 7 Services de santé communautaire - Normes sur l'excellence des services
- 8 Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
- 9 Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
- 10 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Normes sur l'excellence des services
- 11 Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
- 12 Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
- 13 Services de soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
- 14 Service des urgences - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (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 (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	58	9	2	69
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	72	0	0	72
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	414	26	25	465
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	113	7	1	121
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	149	6	6	161
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	49	0	2	51
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	632	111	27	770
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	38	6	0	44
Total	1525	165	63	1753

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	38 (86,4%)	6 (13,6%)	2	68 (81,0%)	16 (19,0%)	1	106 (82,8%)	22 (17,2%)	3
Prévention et contrôle des infections	54 (98,2%)	1 (1,8%)	2	31 (100,0%)	0 (0,0%)	3	85 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Gestion des médicaments	65 (95,6%)	3 (4,4%)	10	44 (83,0%)	9 (17,0%)	11	109 (90,1%)	12 (9,9%)	21
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	33 (89,2%)	4 (10,8%)	1	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	73 (88,0%)	10 (12,0%)	3
Service des urgences	43 (91,5%)	4 (8,5%)	0	67 (83,8%)	13 (16,3%)	0	110 (86,6%)	17 (13,4%)	0
Services d'imagerie diagnostique	54 (85,7%)	9 (14,3%)	4	61 (92,4%)	5 (7,6%)	2	115 (89,1%)	14 (10,9%)	6
Services de laboratoires biomédicaux	66 (98,5%)	1 (1,5%)	4	92 (93,9%)	6 (6,1%)	5	158 (95,8%)	7 (4,2%)	9
Services de médecine	28 (93,3%)	2 (6,7%)	1	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1	98 (98,0%)	2 (2,0%)	2
Services de santé communautaire	12 (75,0%)	4 (25,0%)	1	51 (91,1%)	5 (8,9%)	0	63 (87,5%)	9 (12,5%)	1

PROGRAMME CONJOINT

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (81,0%)	4 (19,0%)	1	107 (94,7%)	6 (5,3%)	0	124 (92,5%)	10 (7,5%)	1
Services de soins de longue durée	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	86 (91,5%)	8 (8,5%)	0	124 (92,5%)	10 (7,5%)	0
Services transfusionnels	65 (94,2%)	4 (5,8%)	6	50 (78,1%)	14 (21,9%)	3	115 (86,5%)	18 (13,5%)	9
Soins ambulatoires	34 (85,0%)	6 (15,0%)	2	71 (93,4%)	5 (6,6%)	1	105 (90,5%)	11 (9,5%)	3
Soins et services à domicile	37 (84,1%)	7 (15,9%)	0	48 (88,9%)	6 (11,1%)	0	85 (86,7%)	13 (13,3%)	0
Total	584 (91,1%)	57 (8,9%)	34	886 (89,9%)	99 (10,1%)	29	1470 (90,4%)	156 (9,6%)	63

* 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)	Conforme	1 sur 1	1 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 (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Service des urgences)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	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 aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Service des urgences)	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 laboratoires biomédicaux)	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 transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
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
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 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 santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	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 (Service des urgences)	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 santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	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 (Soins ambulatoires)	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 : Communication			
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Service des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	2 sur 2	1 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Normes sur le leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3

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			
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
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			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	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 : Évaluation des risques			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins et services à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Service des urgences)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 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.

En matière de planification, l'installation CSSS de la Minganie dispose d'un plan stratégique pour 2012-2015 qui est bien structuré. Il est campé sur le contexte sociosanitaire ainsi que sur les besoins de santé et des services sociaux de la population du territoire. Des orientations organisationnelles, des objectifs stratégiques et opérationnels y sont présentés. Afin de faciliter le suivi de rendement de l'organisation, l'établissement est invité à se doter d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des résultats en fonction des objectifs du plan stratégique et de les diffuser plus largement. Un très grand climat de transparence et d'ouverture est présent au sein de l'organisation.

En matière de santé et bien-être de la population, le CSSS connaît très bien l'état de santé et bien-être et les enjeux socio-économiques du territoire de sa population. Les programmes sont organisés en fonction des besoins de la population. Des mécanismes de concertations efficaces ont été développés avec la communauté.

En matière de partenariat et de collaboration. L'établissement a développé une collaboration significative avec son réseau local de services, les installations régionales et les centres universitaires de Québec. Les partenaires tant institutionnels que communautaires rencontrés se disent très satisfaits des relations avec l'établissement. Le CSSS participe activement à une multitude de tables de concertation intersectorielles, et ce, sur différents dossiers organisationnels notamment en sécurité civile.

En matière éthique, l'établissement ne dispose d'aucun cadre de référence ou conceptuel en matière d'éthique. Aucun comité d'éthique clinique ou éthique de la recherche n'est présent au sein de l'organisation. Toutefois, un code d'éthique est disponible et est largement diffusé. De plus, des outils de réflexion éthique ont été mis en place permettant d'entamer une démarche éthique, la diffusion de ces outils est cependant variable. L'établissement est donc invité à mettre en place un cadre de référence afin de coordonner l'ensemble des facettes de l'éthique comme l'éthique clinique, l'éthique organisationnelle, l'éthique de la recherche et les outils sous-jacents comme un code d'éthique et les outils de réflexion et de les diffuser largement.

Sur le plan de la gestion des ressources, le CSSS dispose d'un processus de planification financière clair et structuré. L'établissement a mis en place un mécanisme défini pour l'élaboration des budgets de fonctionnement et l'acquisition d'équipement avec des plans triennaux. Ces mécanismes sont bien appliqués et connus. Un soutien et un contrôle financier centralisé ont été instaurés. Les processus d'approvisionnement sont limpides et réalisés en conformité aux lois en vigueur avec des appels d'offres. La gestion des inventaires sur les unités de soins est optimale par l'utilisation du double casier. La gestion des projets d'immobilisations est bien coordonnée et encadrée. Dans le contexte de transformation et d'inquiétudes, l'établissement est invité à mettre en place des mécanismes formels d'évaluation d'impacts potentiels de ces réorganisations, sur la qualité des soins et des services dispensés à la population et à diffuser les résultats.

Sur le plan de la gestion du capital humain, les processus de dotation, d'accueil et d'orientation sont bien structurés, les descriptions de tâches sont révisées et cela inclut systématiquement un encart sur l'imputabilité des employés à égard à la qualité et la sécurité. Les dossiers d'employés, sont bien tenus et sont sécurisés et une démarche organisationnelle a été mise de l'avant afin de s'assurer de l'engagement à la confidentialité du personnel. Au niveau de l'appréciation du rendement des employés, la réalisation de cette activité semble toutefois être variable. L'établissement ne dispose d'aucun plan de gestion des talents permettant de coordonner la planification de la relève, la planification du perfectionnement des ressources humaines et les plans de développement des capacités de l'équipe de direction à l'échelle de l'organisme. La politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est conforme aux normes, elle est bien diffusée et appliquée dans

l'établissement. Des activités de reconnaissances comme des soirées reconnaissance et d'intégration des nouveaux employés avec du parrainage sont présentes.

Au niveau des ressources matérielles et des installations. Les bâtiments sont bien entretenus et la direction a le souci d'assurer un environnement sécuritaire. Les aires communes sont propres et dégagées. La signalisation est standardisée. L'établissement a mis en place des boîtes de récupération afin de disposer de façon sécuritaire des documents papier confidentiels. De plus, le CSSS a commencé le recyclage du papier et du carton, ce qui représente une baisse importante des déchets. Un projet majeur d'efficacité énergétique est prévu afin de remplacer le système actuel de chaufferie par un système de géothermie.

Au niveau des communications, des outils ont été développés afin de faciliter la communication à l'interne et à l'externe de l'établissement. Un plan de communication a été développé. La direction générale est très présente au sein de l'organisation. Au niveau des archives, il existe des enjeux dans l'arrimage et de la gestion des dossiers multiples pour un même usager, car il y a 2 dossiers, un dossier médical et un dossier psychosocial. Cet état de situation pourrait engendrer des bris d'information entre les professionnels et avoir un impact sur la qualité et la sécurité des services offerts. Les contrôles de qualité des services, aux archives, sont bien implantés et réalisés, les activités de codification et de parachèvement sont à jour, toutefois plusieurs feuilles volantes sont à classer. Sur le plan de l'informatique, les règles de sécurité informationnelle sont bien respectées. En raison du moratoire provincial, les systèmes informatiques cliniques d'aide à la décision sont sous-utilisés et peu présents au sein de l'établissement.

Au niveau des mesures d'urgence. Le plan de mesures d'urgence du CSSS de la Minganie est efficace et intégré. Les responsables des mesures d'urgence sont structurés et organisés. Chaque installation possède ses outils personnalisés pour les différentes interventions ou événements. L'établissement est à revoir son fonctionnement en matière de code blanc afin de décrire les rôles, les responsabilités des participants et le nombre de participants, participants lors d'un événement. Une attention devrait être portée à la formation, et ce, afin que l'ensemble du personnel soit sensibilisé aux mesures d'urgence. Des simulations devraient avoir lieu afin de mesurer l'efficacité des actions, et ce, notamment pour le code orange. Le plan de pandémie est structuré et conforme aux normes en vigueur.

Au niveau de la qualité des soins et des services. L'établissement a développé un programme d'amélioration structuré, toutefois la mise en application opérationnelle est variable. Certaines équipes ont amorcé la mise en place de ce programme avec succès comme sur les unités de soins de courte durée et d'hébergement. Cependant, d'autres équipes sont peu avancées comme en radiologie, en réadaptation et au laboratoire. Afin de favoriser la mise en place d'une culture qualité, l'établissement est invité à réaliser et à diffuser ses plans d'action au niveau de l'ensemble des équipes cliniques ou administratives. La culture de la mesure et d'étalonnage est développée de façon variable au sein des intervenants de l'établissement. Toutefois, certaines activités de mesure sont dignes de mention comme les audits aléatoires de dossiers cliniques réalisés par les infirmières d'unité de soins. Au niveau des pratiques organisationnelles requises (POR), la grande majorité est réalisée, toutefois, certaines demeurent à consolider notamment le bilan comparatif des médicaments. Au niveau de la gestion des risques, aucun plan formel de sécurité n'est disponible au sein de l'organisation. Toutefois, plusieurs outils de gestion des risques sont disponibles comme la déclaration et la divulgation et sont bien utilisés. L'établissement est invité à développer un cadre de référence sur la sécurité des usagers et des résidents.

Au niveau de la satisfaction des usagers. Les usagers et résidents rencontrés se disent très satisfaits des services, l'accueil et l'accès aux services sont des éléments particulièrement appréciés. Un plan d'action structuré a été développé à la suite aux résultats des sondages CQA. Les actions de communication identifiées par ce plan d'action permettront de rehausser les résultats comme l'affichage des délais d'attente à l'urgence en comparaison avec ceux des autres régions et les rencontres d'information avec la communauté en lien avec la réorganisation des services dans les secteurs psychosociaux.

Au niveau des équipements et appareils médicaux. L'acquisition des équipements médicaux suit un processus qui est bien connu. La priorisation des équipements se fait selon les besoins identifiés incluant le cycle de vie et s'arrime avec les priorités organisationnelles. L'établissement bénéficie d'un programme d'entretien préventif de ses équipements médicaux. Un programme d'entretien préventif des équipements non médicaux et des bâtiments a également été mis en place récemment. L'entretien des équipements spécialisés, particulièrement pour les services de laboratoire et d'imagerie médicale, est assuré par le biais de contrats de service avec des firmes externes. Depuis 2014, un technicien en génie biomédical d'une autre installation de la région assure l'entretien des petits équipements médicaux. Les alertes et rappels des manufacturiers sont reçus aux services des achats et acheminés aux gestionnaires des secteurs concernés. Le gestionnaire des installations matérielles s'assure que le suivi nécessaire a été effectué.

Au niveau du cheminement du patient. L'établissement a implanté un processus structuré de rôles et responsabilités pour le personnel infirmier de l'urgence, ce qui permet une transition fluide en période d'achalandage accru. Les équipes se sont dotées d'outils permettant d'acheminer tous les documents nécessaires lors des transferts des usagers vers un autre établissement, que ce soit en ambulance, en avion-ambulance ou autre. Dans la mesure du possible, que ce soit à l'interne ou lors de référence vers les services spécialisés, les rendez-vous des usagers sont regroupés afin de minimiser les déplacements nécessaires. Aucune liste d'attente significative n'est observée dans l'établissement.

Au niveau de la prévention des infections, un programme de prévention et contrôle des infections est bien établi au sein de l'établissement. Les politiques et procédures qui ont été élaborées sont basées sur des données probantes. La culture de prévention des infections s'étend à tous les services du CSSS de la Minganie. Les stratégies développées ont permis de rejoindre l'ensemble des employés. Le comité de prévention et contrôle des infections joue un rôle actif dans l'établissement pour la mise en place de mesures de prévention. Les résultats de surveillance sont transmis régulièrement aux instances concernées dans l'organisation incluant le Conseil d'administration. Plusieurs activités ont été effectuées pour promouvoir l'hygiène des mains au sein de l'établissement, des audits sont complétés et des plans d'action sont développés. La gestion des éclosions est efficace, les interventions sont réalisées rapidement pour contrôler la propagation des infections. Dans le service de stérilisation, un processus efficace et bien documenté est en place. Il y a un respect grand des étapes de stérilisation.

Au niveau de la gestion des médicaments, le secteur de la pharmacie a été rénové dans les dernières années. L'équipe est composée de pharmaciens et d'assistants techniques. Les services d'un pharmacien sont disponibles sur 24 heures, sept jours, soit en présentiel ou sur appel. Malgré le peu d'effectifs, le département a su développer de nombreuses procédures concernant plusieurs aspects de la gestion sécuritaire des médicaments. L'équipe est encouragée à se doter d'indicateurs de mesure afin d'évaluer les différentes étapes de la gestion des médicaments. L'étude de ces résultats permettra d'identifier les améliorations à apporter. Outre les activités de distribution de médicament, les pharmaciens jouent un rôle clinique au sein de l'établissement. En effet, les usagers recevant des traitements de chimiothérapie ou d'anticoagulothérapie sont suivis de façon rigoureuse par les pharmaciens. Ceux-ci sont disponibles en tout temps pour répondre aux questionnements des usagers ou des intervenants. Les incidents et les accidents en lien avec la pharmacothérapie sont analysés par l'équipe de pharmaciens permettant ainsi de revoir les processus de distribution et d'administration de la médication. Le déploiement du bilan comparatif des médicaments est à poursuivre en intégrant le meilleur schéma thérapeutique possible pour l'ensemble des clientèles en particulier lors des points de transitions.

Au niveau des services d'imagerie médicale. Le département d'imagerie médicale offre des services de radiographie, de radioscopie, d'échographie et de mammographie. Le service est assuré par deux technologues en imagerie médicale, une préposée au besoin, et l'équipe de radiologues du CSSS de Sept-Îles. Les services de radiographie sont disponibles en tout temps, avec un service de garde les soirs et les fins de semaine. Depuis décembre 2014, le cahier technique a été harmonisé. Les examens sont interprétés en temps opportun par les

radiologues à distance. L'établissement connaît toutefois un délai dans la transcription des rapports qui à l'occasion peut dépasser la norme prescrite de 7 jours. L'établissement est invité à mettre en place un registre afin de mesurer les temps d'attente. L'équipe effectue des activités de sécurité et d'amélioration continue de la qualité, mais le tout n'est pas regroupé dans un programme structuré d'amélioration continue.

Au niveau des analyses de biologie délocalisées. Le laboratoire a fait beaucoup de travail afin d'éliminer les non-conformités depuis la dernière visite. Le programme d'analyses de biologie délocalisées (ADBBD) est bien implanté à l'hôpital, mais il est aussi implanté dans tous les dispensaires en CSLC et les centres d'hébergement. Les PON sont toutes présentes dans toutes les locations qui effectuent des ADBBD. L'inventaire des appareils, des réactifs et des fournitures, est très bien contrôlé. Le contrôle de qualité est très bien surveillé. Il existe du contrôle de qualité externe pour toutes les ADBBD sauf pour la glycémie, donc il est important d'implanter un contrôle de qualité externe afin de pouvoir évaluer la compétence des utilisateurs et pour assurer la qualité des résultats. Un programme d'évaluation des compétences a été élaboré et va être implanté et va comprendre l'évaluation des compétences pour toutes les ADBBD sur une base mensuelle dans les dispensaires. Un formulaire a été développé et est implanté pour rapporter les résultats des ADBBD qui sont tous consignés dans le dossier du patient. Un comité interdisciplinaire a existé dans le passé, mais il n'y a pas eu de réunions formelles depuis plusieurs années. Le comité doit de nouveau être mis en place afin de supporter le programme surtout avec le changement de tous les glucomètres prochainement. Des indicateurs de qualité doivent être développés pour surveiller et consigner les ADBBD afin d'assurer la pérennité de la qualité du programme. En terminant le laboratoire va avoir un défi avec le changement de compagnie de glucomètre et le transfert des responsabilités de la glycémie au laboratoire.

Au niveau des laboratoires biomédicaux. Malgré la pénurie de personnel, la planification du déménagement au nouveau laboratoire et le changement de logiciel, l'équipe du laboratoire a fait un travail phénoménal. En effet, le laboratoire peut compter sur une équipe formidable qui produit des résultats de qualité. La culture qualité est très bien développée. Les environnements physiques du laboratoire et du centre de prélèvement sont nouveaux. Ils répondent aux normes cliniques et architecturales en vigueur ainsi qu'aux besoins des intervenants et de la population. Le nouvel environnement physique du laboratoire a permis d'améliorer significativement le flux du travail. En matière de direction clinique, le laboratoire n'a pas de directeur médical permettant de faire le pont entre l'équipe médicale et l'administration. L'établissement est invité à identifier un responsable médical avec les compétences cliniques et les habiletés techniques nécessaires, et ce afin de faciliter la prise de décision clinique associée au bon fonctionnement du laboratoire. Par ailleurs, afin d'assurer la qualité des résultats et avoir un système complet de gestion de la qualité l'établissement est invité à développer un programme d'évaluations des compétences du personnel, un mécanisme de contrôles de qualités externes ainsi que des indicateurs de qualité. Le processus transfusionnel est bien suivi dans les unités sauf pour la vérification des documents et des produits au chevet du patient. Le membre de l'équipe qui fait la transfusion revoit et vérifie, en présence du receveur, l'identité de ce dernier, le composant sanguin ou le produit sanguin à transfuser et tout autre document. Des audits réguliers pourraient améliorer et éliminer cette pratique.

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 : Communication	
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et se servir de cette information aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes." Pour les visites d'agrèments qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR." Pour les visites d'agrèments qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes sur le leadership 15.8
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas), l'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4 · Soins et services à domicile 6.8 · Services de soins de longue durée 7.8 · Soins ambulatoires 8.4 · Service des urgences 9.3

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
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 : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Service des urgences 16.3 • Soins ambulatoires 17.2

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, justifient la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

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

Veuillez consulter l'annexe 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
4.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme effectue une analyse continue du milieu pour cerner les changements et les nouveaux défis, et pour ajuster le plan stratégique, les buts et les objectifs, au besoin, sous la supervision et avec l'orientation du conseil d'administration.	
4.10 S'il y lieu, le personnel d'encadrement de l'organisme fournit aux partenaires de l'interne et de l'externe, ainsi qu'au conseil d'administration, un rapport sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le CSSS de la Minganie dispose d'un plan stratégique pour 2012-2015 qui est bien structuré. Il est campé sur le contexte sociosanitaire avec des priorités régionales et provinciales ainsi que sur les besoins de santé et des services sociaux de la population du territoire. Ce plan stratégique est bien diffusé auprès du personnel. Des orientations organisationnelles, des objectifs stratégiques et opérationnels y sont présentés. Peu de mécanismes de suivi ou de rétroaction de la planification stratégique semblent toutefois être présents. Un très grand climat de transparence et d'ouverture est présent au sein de l'organisation.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
8.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme analyse régulièrement les répercussions des décisions concernant l'attribution des ressources.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Le CSSS dispose d'un processus de planification financière clair et structuré. L'établissement a mis en place un mécanisme défini pour l'élaboration des budgets de fonctionnement et l'acquisition d'équipement. Ces mécanismes sont bien appliqués et connus. Un soutien et un contrôle financier centralisé ont été instaurés.</p> <p>Dans le contexte de transformation et d'inquiétudes, l'établissement est invité à mettre en place des mécanismes formels d'évaluation d'impacts potentiels de ces réorganisations sur la qualité des soins et des services dispensés à la population et à diffuser les résultats.</p>	

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	
2.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille l'état de fatigue et de stress du personnel et des prestataires de services et s'emploie à atténuer les risques de sécurité qui s'y rattachent.	
2.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme cerne les indicateurs de processus et de résultats liés à la qualité de vie au travail et au milieu de travail et il en assure le suivi.	
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.	
10.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le personnel du CSSS de la Minganie est grandement mobilisé, et ce, même en période de turbulence.

L'équipe de la direction des ressources humaines rencontrée est dynamique et engagée. Plusieurs outils sont développés sur la dotation, sur la qualité de vie au travail et sur le développement organisationnel. Les dossiers d'employés sont bien tenus et sécurisés. Au niveau de la confidentialité, une démarche organisationnelle a été mise de l'avant afin de s'assurer de l'engagement à la confidentialité du personnel. Au niveau de l'appréciation du rendement des employés, la réalisation de cette activité semble toutefois être variable.

L'établissement ne dispose d'aucun plan de gestion des talents permettant de coordonner la planification de la relève, la planification du perfectionnement des ressources humaines et les plans de développement des capacités de l'équipe de direction à l'échelle de l'organisme.

La politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est conforme aux normes. Elle est bien diffusée et appliquée dans l'établissement. Toutefois, l'utilisation du questionnaire AH-223 pour déclarer les événements de violence auprès des employés est discutable. Plusieurs activités de reconnaissances comme les soirées reconnaissance et d'intégration des nouveaux employés comme le parrainage sont présentes.

15.8.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	SECONDAIRE
15.8.5	Des preuves écrites démontrent que l'organisme offre de la formation au personnel et aux médecins qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments.	PRINCIPAL
15.8.6	L'organisme vérifie si le processus d'établissement du bilan comparatif est respecté, et il apporte des améliorations au besoin.	SECONDAIRE
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.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		

L'établissement a développé un programme d'amélioration structuré, toutefois la mise en application opérationnelle est variable. Certaines équipes ont amorcé la mise en place de ce programme avec succès comme sur les unités de soins de courte durée et d'hébergement. Cependant, d'autres équipes sont peu avancées comme la radiologie, la réadaptation et le laboratoire. Afin de favoriser la mise en place d'une culture qualité, l'établissement est invité à réaliser et diffuser ces plans d'action au niveau de l'ensemble des équipes cliniques ou administratives.

La culture de la mesure et d'étalonnage est développée de façon variable au sein des intervenants de l'établissement. Toutefois, certaines activités de mesure sont dignes de mention comme les audits aléatoires de dossiers cliniques réalisés par les infirmières d'unité de soins.

Au niveau de la gestion des risques, aucun plan formel de sécurité n'est disponible au sein de l'organisation. Toutefois, plusieurs outils de gestion des risques sont disponibles comme la déclaration et la divulgation et sont bien utilisés. L'établissement est invité à développer un cadre de référence sur la sécurité des usagers ou des résidents.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un cadre conceptuel en matière d'éthique dans le but de favoriser l'éthique dans la pratique.	!
1.5 Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus et les outils servant à gérer les problèmes, les dilemmes et les préoccupations d'ordre éthique.	
1.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne et surveille les personnes responsables du cadre conceptuel en matière d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique.	
1.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme renforce la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	
1.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique.	
1.10 Le cadre conceptuel en matière d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions des activités de recherche sur l'éthique.	!
1.11 Un évaluateur ou un organisme objectif examine les projets de recherche structurés de l'organisme.	

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

L'établissement ne dispose d'aucun cadre de référence ou conceptuel en matière d'éthique. Aucun comité d'éthique clinique ou éthique de la recherche n'est présent au sein de l'organisation. Toutefois, un code d'éthique est disponible et largement diffusé auprès des intervenants. De plus, des outils de réflexion éthique ont été mis en place permettant d'entamer une démarche éthique, la diffusion de ces outils est cependant variable. L'établissement est donc invité à mettre en place un cadre de référence afin de coordonner l'ensemble des facettes de l'éthique comme l'éthique clinique, l'éthique organisationnelle et l'éthique de la recherche et des outils sous-jacents comme le code d'éthique et les outils de réflexion et de les diffuser largement.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
7.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	
11.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme, et améliore les systèmes d'information de celui-ci.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Au niveau des communications, plusieurs outils ont été développés afin de faciliter la communication à l'interne et à l'externe de l'établissement. Un plan de communication a été développé. La direction générale est très présente au sein de l'organisation. Toutefois, au niveau des cadres supérieurs, on observe une grande variabilité de leur présence auprès des employés engendrant des difficultés dans la diffusion de l'information.

Au niveau des archives, il existe des enjeux au niveau dans l'arrimage et de la gestion des dossiers multiples pour un même usager avec un dossier médical et un dossier psychosocial. Cet état de situation pourrait engendrer des bris d'information entre les professionnels et avoir un impact sur la qualité des services offerts. Les contrôles de qualité des services, aux archives, sont bien implantés et réalisés, les activités de codification et de parachèvement sont à jour, toutefois plusieurs feuilles volantes sont à classer.

Sur le plan informatique, les règles de sécurité informationnelle sont bien respectées. En raison du moratoire provincial, les systèmes informatiques cliniques d'aide à la décision sont sous-utilisés et peu présents au sein de l'établissement.

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.

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

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

Le bâtiment est bien entretenu et la direction a un souci d'assurer un environnement sécuritaire pour le personnel et la clientèle.

La présence d'amiante dans le bâtiment exige une attention particulière lors des projets de rénovations. Une firme externe a effectué une évaluation et les travaux sont planifiés avec une firme d'architecte. Les employés procédant aux travaux ont reçu la formation et l'équipement de protection nécessaires. Plusieurs projets de rénovation ont eu lieu dans la dernière année particulièrement le déménagement des services de laboratoire ainsi que des archives médicales où l'ergonomie et la sécurité des employés faisaient partie de la planification des travaux.

L'établissement a mis en place des plans de relève en cas de panne des services publics, particulièrement les pannes électriques planifiées dans le cadre d'un projet majeur dans la région. Le projet récent de rénovation et déménagement des services de laboratoire inclut une génératrice propre à ce secteur. Un plan est également en place en cas de bris de la fibre d'optique qui occasionne entre autres l'interruption du service de téléphonie. Les salles de relève pour le système informatique se situent dans deux établissements de santé du Centre intégré de santé et services sociaux.

L'établissement a commencé le recyclage du papier et du carton, ce qui représente une baisse importante des déchets. Un projet majeur d'efficacité énergétique est prévu afin de remplacer le système actuel de chaufferie par un système de géothermie.

Deux aires de stationnement à proximité de l'entrée et identifiées au moyen de peinture rose facilitent l'accès au service de vaccination pour les parents et leurs enfants.

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	
14.4 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.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan de mesures d'urgence du CSSS de la Minganie est efficace et intégré. Les responsables des mesures d'urgence sont bien formés et ont une grande expérience. Chaque installation possède ses outils personnalisés pour les différentes interventions ou événements. L'établissement est à revoir son fonctionnement en matière de code blanc afin de revoir les rôles, les responsabilités des participants et le nombre de participants, participants lors d'un événement. Une attention devrait être portée à la formation, et ce, afin que l'ensemble du personnel soit sensibilisé aux mesures d'urgence. Des simulations devraient être mises de l'avant afin de mesurer l'efficacité des actions, et ce, notamment en lien avec le code orange. Le plan pandémie est structuré et conforme aux normes en vigueur.

L'établissement a mis en place des plans de mesure d'urgence spécifique en cas de panne des services publics, particulièrement les pannes électriques planifiées dans le cadre d'un projet majeur dans la région. Un plan est également en place en cas de bris de la fibre d'optique qui occasionne entre autres l'interruption du service de téléphonie. Les salles de relève pour le système informatique se situent dans deux établissements de santé du Centre intégré de santé et services sociaux.

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.

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

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

L'équipe a implanté un processus structuré de rôles et responsabilités pour le personnel infirmier de l'urgence ce qui permet une transition fluide en période d'achalandage accru. Le réaménagement physique du département a permis l'ajout d'une deuxième salle de triage ce qui augmente la fluidité des processus.


Un plan en cas d'arrivée massive de blessés a été élaboré, incluant les équipements et fournitures nécessaires.

Une fois stabilisés, les usagers en observation sont dirigés vers l'unité de soins de courte durée. Deux lits en cas de débordement, ainsi que des espaces prévus pour deux civières, s'y retrouvent également. Il n'y a pas de liste d'attente pour admission en soins de longue durée.

Les équipes se sont dotées d'outils permettant d'acheminer tous les documents nécessaires lors des transferts des usagers vers un autre établissement, que ce soit en ambulance, en avion-ambulance ou autre. Dans la mesure du possible, que ce soit à l'interne ou lors de référence vers les services spécialisés, les rendez-vous des usagers sont regroupés afin de minimiser les déplacements nécessaires.

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 : Prévention et contrôle des infections	
10.8 L'organisme dispose d'un processus pour retracer tout l'équipement et tous les appareils et instruments médicaux retraités, de façon à ce qu'ils soient faciles à repérer en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	

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

L'établissement bénéficie d'un programme d'entretien préventif de ses équipements médicaux. Un programme d'entretien préventif des équipements non médicaux et des bâtiments a également été mis en place récemment.

Les besoins en nouvel équipement sont évalués lors de rencontres avec les gestionnaires. Les employés des secteurs concernés sont consultés lors de la planification des achats d'équipements.

L'entretien des équipements spécialisés, particulièrement pour les services de laboratoire et d'imagerie médicale, est assuré par le biais de contrats de service avec des firmes externes. Depuis 2014, un technicien en génie biomédical d'une autre installation de la région assure l'entretien des petits équipements médicaux.

Les employés sont familiers avec le processus de demande de services ou réparations qui s'effectue au moyen de formulaire expédié par courriel. Les demandes sont priorisées par le gestionnaire des installations matérielles.

Les alertes et rappels des manufacturiers sont reçus aux services des achats et acheminés aux gestionnaires des secteurs concernés. Le gestionnaire des installations matérielles s'assure que le suivi nécessaire a été effectué.

3.2 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.

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.

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

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.

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.16 Le comité interdisciplinaire évalue la conformité par rapport à chaque étape du processus de gestion des médicaments.	
4.4 L'organisme évalue l'efficacité de ses activités de formation relatives à la gestion des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
8.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie.	!
8.5 L'organisme gère le manque de vigilance à l'égard des alertes en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système informatique de la pharmacie, en fonction de l'information sur les meilleures pratiques et de l'avis du personnel et des prestataires de services.	
12.1 L'organisme limite l'accès aux aires d'entreposage des médicaments au personnel et aux prestataires de services autorisés.	!
18.2 La pharmacie délivre des médicaments dans des emballages à dose unitaire.	!
20.1 L'organisme assure, de façon sécuritaire, la livraison des médicaments de la pharmacie aux unités de soins.	
27.4 Le comité interdisciplinaire réalise régulièrement une évaluation complète de son mécanisme de gestion des médicaments.	
27.5 Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	
27.6 Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise.	
27.7 Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations au bon moment.	
27.8 Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le département de pharmacie a été rénové dans la dernière année et le service est assuré par une équipe composée de pharmaciens et d'assistants techniques. L'effectif prévu est deux pharmaciens, mais le deuxième poste n'a pu être doté à temps plein. Les services d'un pharmacien sont disponibles sur 24 heures, sept jours, soit en présentiel ou sur appel.

La présence d'une étudiante en pharmacie au cours de l'été 2015 a permis le développement de bulletins destinés aux professionnels impliqués dans la prescription, la préparation et l'administration des médicaments. Ces bulletins, intitulés Pharm-O-Risque, seront distribués périodiquement au cours de l'année en cours. Entre autres, les sujets traités concernent les médicaments à haut risque et les anticoagulants oraux. Il s'agit d'une méthode intéressante de mise à jour des connaissances du personnel concerné.

Malgré le manque d'effectif, le département a su développer de nombreuses procédures concernant plusieurs aspects de la gestion sécuritaire des médicaments. L'équipe est encouragée à se doter d'indicateurs de mesure afin d'évaluer les différentes étapes de la gestion des médicaments. L'étude de ces résultats permettra d'identifier les améliorations à apporter.

En ce qui concerne le bilan comparatif des médicaments, l'établissement devra s'assurer d'une compréhension commune du processus par les médecins et professionnels dans tous les secteurs concernés. Il est important que tous connaissent leur rôle dans le processus, les outils et la méthode utilisés pour résoudre et documenter les divergences. Il sera également important d'inclure des éléments de mesure des différents éléments composant le bilan comparatif des médicaments.

Les usagers recevant des traitements de chimiothérapie ou d'anticoagulothérapie sont suivis de façon rigoureuse par les pharmaciens. Ceux-ci sont disponibles en tout temps pour répondre aux questionnements des usagers ou des intervenants.

3.2.2 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

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'ABDB et surveiller leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.3 L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ABDB.	!
6.3 L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ABDB.	!
7.3 Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	!
9.10 L'organisme informe les cliniciens par écrit lorsque des ADBD n'ont pas été effectuées en raison d'échantillons inappropriés ou de difficultés techniques.	!
10.4 L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5 Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.9 L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ABDB et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	

Le laboratoire a fait beaucoup de travail afin d'éliminer les non-conformités depuis la dernière visite. Le programme des ABDB est bien implémenté à l'hôpital, mais aussi dans tous les dispensaires comme les CSLC et le centre d'hébergement.

Les PON sont toutes présentes dans toutes les locations qui effectuent des ADBD. L'inventaire des appareils, réactifs et fournitures est très bien contrôlé. Le contrôle de qualité est très bien surveillé. Il existe du contrôle de qualité externe pour toutes les ADBD sauf pour la glycémie, donc il est important d'implanter un contrôle de qualité externe afin de pouvoir évaluer la compétence des utilisateurs et assurer la qualité des résultats.

Un programme d'évaluation des compétences a été élaboré et sera implanté; il comprend l'évaluation des compétences pour toutes les ADBD sur une base mensuelle dans les dispensaires. Un formulaire a été développé et est implanté pour rapporter les résultats des ADBD. Ces résultats sont tous consignés dans le dossier du patient.

Un comité interdisciplinaire a existé dans le passé, mais il n'y a pas de réunions formelles depuis plusieurs années. Le comité doit de nouveau être mis en place afin de supporter le programme surtout avec les changements de tous les glucomètres.

Des indicateurs de qualité doivent être développés pour surveiller et consigner les ADBD afin d'assurer la pérennité de la qualité du programme. En terminant, le laboratoire aura un défi avec le changement de compagnie de glucomètre et le transfert des responsabilités de la glycémie au laboratoire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	

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

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

Le plan d'action local du CSSS de la Minganie en prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales 2015-2016 est à jour et conforme avec les orientations nationales du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Une culture de prévention des infections s'étend à tous les services du CSSS de la Minganie. Les stratégies développées ont permis de rejoindre l'ensemble des employés. Les employés rencontrés ont expliqué les interventions en cas d'éclosion. Elles sont rapides et efficaces.

Les politiques et procédures sont bien documentées.

La diffusion des affiches et des feuillets permet l'accessibilité aux procédures. Des distributeurs à savon pour les mains sont disponibles dans tous les endroits. Des stations mobiles en prévention et contrôle des infections sont disponibles et utilisées à chaque porte de patient lorsqu'un isolement est requis. Une chambre pour isolation à pression négative est disponible.

Chaque jour, une tournée des étages est effectuée par l'infirmière responsable en prévention et contrôle des infections. Cela permet d'être proactif et d'amorcer les mesures d'isolement. Les personnes de l'entretien ménager sont incluses dans les communications afin de prendre les mesures nécessaires selon le cas.

Les principales interventions en prévention et contrôle des infections concernent l'influenza, la gastroentérite et le SARM. Lors d'une éclosion, les employés en arrêt de travail sont mis à contribution pour surveiller et faire laver les mains. La gestion des éclosions est très efficace. Par exemple, il y a eu une éclosion déclarée et l'arrêt des mesures en cinq jours, sans aucun nouveau cas. La conseillère est aussi impliquée dans les projets de rénovation.

L'infirmière en PCI participe à l'orientation de tous les employés. Elle assure un suivi en les rencontrant individuellement et elle révise les résultats de leur test écrit au sujet de la prévention et contrôle des infections. Une intégration des apprentissages est favorisée.

Le service de prévention et contrôle des infections a plusieurs collaborations. La chef d'unité de l'hôpital invite l'infirmière en prévention et contrôle des infections à toutes ses réunions pour un point à l'ordre du jour. L'infirmière en prévention et contrôle des infections procède à l'enseignement aux patients et aux familles. Un partenariat avec l'organisme communautaire s'est réalisé afin d'assurer un ménage adéquat au 2e étage du Foyer. Une formation pour éviter la propagation a été offerte aux employés de l'entretien ménager de cet organisme.

L'équipe en prévention et contrôle des infections travaille en collaboration avec la santé publique. Les suivis de taux d'infection sont discutés au comité interdisciplinaire en prévention et contrôle des infections. Les enjeux en prévention et contrôle des infections sont présents en continu. L'organisme est invité à poursuivre les campagnes de sensibilisation au sujet du lavage de mains ainsi que les interventions pour la prévention du SARM pour les gens hospitalisés en dehors de la région 9 et auprès des deux communautés autochtones.

En stérilisation, le processus est efficace et bien documenté. Il y a un respect des étapes de stérilisation. Afin d'être à jour avec les meilleures pratiques, l'organisme est encouragé à évaluer l'utilisation de garrot jetable dans le futur.

3.2.4 Ensemble de normes : Service des urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------


Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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


Processus prioritaire : Épisode de soins

9.3	De concert avec l'usager, la famille et le soignant (selon le cas), l'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).	
9.3.2	L'organisme détermine les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments et consigne les raisons expliquant le choix de ces critères.	PRINCIPAL
9.3.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, l'équipe produit le MSTP de concert avec l'usager, la famille ou le soignant et consigne l'information.	PRINCIPAL
9.3.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, l'équipe communique les changements apportés aux médicaments au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
9.3.5	Pour les usagers non admis nécessitant un bilan comparatif des médicaments, l'équipe remet à l'usager et au prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'usager prend.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.3	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin d'atténuer les répercussions des chutes chez les usagers.	
------	--	---

16.3.4	L'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures.	SECONDAIRE
16.3.5	L'équipe utilise l'information découlant de ces évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
17.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
17.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
17.5	L'équipe conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
17.6	L'équipe recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
17.7	L'équipe suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
17.10	L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
17.11	L'équipe met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
17.12	L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
17.13	L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus		
10.1	L'organisme dispose de protocoles et de politiques bien établis pour le don d'organes et de tissus.	
10.2	L'organisme a une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
10.3	L'organisme dispose d'une politique pour le transfert des donneurs d'organes potentiels vers un autre niveau de soins une fois qu'ils ont été identifiés.	
10.4	L'organisme a établi des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement pour identifier les donneurs d'organes et de tissus potentiels.	
10.5	L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'organisme et du service des urgences.	

- | | | |
|------|--|--|
| 10.6 | L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels. | |
| 10.7 | L'équipe informe sans délai le SAO ou la banque de tissus quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi. | |
| 10.8 | L'équipe consigne tous les aspects du processus de don, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus au dossier de l'usager. | |

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'établissement bénéficie de suffisamment d'espace et de personnel pour accueillir de façon sécuritaire et efficace tous les usagers se présentant au service des urgences.

Des projets de réorganisation ont permis d'améliorer l'efficacité du service. L'ajout d'une deuxième salle de triage augmente la fluidité de l'évaluation des usagers. La configuration de la salle de traumatologie ainsi que la disposition du matériel ont permis d'augmenter l'efficacité de la prise en charge des urgences graves. L'équipe dispose d'un chariot d'urgence incluant le matériel spécifique pour la clientèle pédiatrique.

L'équipe accueille régulièrement des étudiants en médecine, des résidents et des étudiants en soins infirmiers. En 2015, l'établissement a également recruté une candidate qui veut devenir une infirmière-praticienne.

Processus prioritaire : Compétences

Les rôles et responsabilités, ainsi que les tâches spécifiques du personnel infirmier, sont bien définis et permettent le déroulement efficace des activités des services d'urgence.

L'équipe bénéficie d'un programme d'orientation complet et bien structuré. Les membres du personnel infirmier provenant d'autres services qui sont susceptibles de venir en aide au besoin sont également informés sur la structure du service des urgences. En particulier, un exercice régulier de « chasse au trésor » permet de repérer rapidement le matériel requis lors d'urgence médicale.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Tous les usagers se présentant au service des urgences sont évalués en temps opportun à l'aide de l'échelle canadienne de triage et de gravité. Le système d'information sur les urgences permet de faire le suivi des temps d'attente et des moments prévus pour la réévaluation des usagers le cas échéant.

Des bracelets d'identification sont posés à tous les usagers qui sont sur une civière.

L'équipe s'est dotée de plusieurs outils et aide-mémoire afin d'assurer des soins complets et efficaces. Entre autres, des listes de vérification permettent le transfert de toute la documentation nécessaire lorsqu'un usager doit être transféré vers un autre service ou établissement.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe utilise plusieurs outils informatisés qui facilitent la prise de décisions dans l'épisode de soins de l'utilisateur, et ce autant pour l'équipe médicale que pour l'infirmier.

L'équipe a un souci de protéger la confidentialité des informations concernant les usagers, ainsi que l'intimité et la dignité de ceux-ci.

La proximité des archives médicales permet d'avoir un accès rapide au dossier de l'utilisateur.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe renseigne la population sur les services disponibles et procède également à un sondage de satisfaction de la clientèle chaque année.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Malgré la distance des centres pouvant procéder au prélèvement et au transplant des organes, l'équipe est encouragée à évaluer la possibilité de s'arrimer avec l'organisme provincial responsable comme Transplant Québec.

3.2.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
3.6 Le directeur médical de l'équipe et les médecins sont des spécialistes de l'imagerie autorisés par l'association ou l'ordre professionnel approprié.	!
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!
15.3 L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
17.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
17.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
17.9 L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
17.10 L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
17.11 L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
17.12 L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
17.13 L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
17.14 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
17.15 L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le département d'imagerie médicale offre des services de radiographie, de radioscopie, d'échographie et de mammographie. Le service est assuré par deux technologues en imagerie médicale, une préposée au besoin, et l'équipe de radiologues du CSSS de Sept-Îles. Les services de radiographie sont disponibles en tout temps, avec un service de garde les soirs et fins de semaine. Les examens nécessitant la présence d'un radiologue sont offerts environ tous les 3 mois lors de sa présence sur place. Les usagers se déplacent vers Sept-Îles pour les examens d'imagerie urgents.

L'établissement participe au Programme québécois de dépistage du cancer du sein et connaît un haut taux de participation.

L'établissement a fait l'acquisition d'un appareil d'échographie récemment et envisage de mettre en place un projet de télémédecine. Deux autres équipements approchent de leur fin de vie utile et l'établissement planifie leur remplacement.

Depuis décembre 2014, le cahier technique a été harmonisé avec la collaboration des radiologues et des orthopédistes. Les examens sont interprétés en temps opportun par les radiologues à distance. L'établissement connaît un délai dans la transcription des rapports qui peut à l'occasion dépasser la norme prescrite. L'établissement est invité à mettre en place un registre afin de consigner les délais. Par contre, les médecins-référents ont accès à l'enregistrement du rapport du radiologue une fois que la dictée est complétée. Les médecins ont la possibilité de demander une interprétation de façon urgente.

L'équipe effectue des activités de sécurité et d'amélioration continue de la qualité, mais le tout n'est pas regroupé dans un programme structuré.

3.2.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
5.5 L'équipe dispose d'un directeur de laboratoire qui a la responsabilité de superviser les activités cliniques à l'intérieur et à l'extérieur du laboratoire.	
6.3 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
6.5 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
15.6 L'équipe suit une politique concernant l'utilisation de réactifs périmés uniquement dans des circonstances exceptionnelles, laquelle exige de confirmer qu'ils sont toujours aptes à être utilisés.	
22.6 L'équipe participe à des programmes de contrôle de la qualité de l'externe par le biais de la vérification des compétences et de comparaisons entre laboratoires.	
24.4 L'équipe procède à un test initial puis à des tests réguliers du SIL et elle les consigne.	
29.1 L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Malgré la pénurie de personnel, la planification du déménagement au nouveau laboratoire et le changement de logiciel, le laboratoire a fait un travail phénoménal. Il faut faire attention de ne pas faire la comparaison de l'ancien rapport, car depuis 2014 les normes des ADBD, normes de laboratoire et normes de science transfusionnelles ont toutes été révisées et modifiées. Le laboratoire a une équipe formidable qui émet des résultats de qualité. La culture qualité est très bien instaurée. Le laboratoire a de très beaux locaux neufs incluant un nouveau centre de prélèvement qui répond très bien aux activités. La conception du laboratoire a permis d'améliorer le flux du travail et il demeure de l'espace physique pour agrandir le laboratoire. Le suivi, la gestion des équipements, la gestion des inventaires des réactifs et la gestion documentaire sont très bien faits.

Le laboratoire n'a pas de directeur de laboratoire. Certaines tâches sont assumées par un des consultants externes, mais il n'est pas reconnu comme étant le directeur officiel du laboratoire. Le directeur ou le responsable doit avoir les compétences cliniques et les habiletés techniques afin de faire le lien entre le laboratoire, les médecins et l'administration de l'établissement. Il est primordial qu'un directeur de laboratoire soit nommé pour remplir les fonctions essentielles. Il faut s'assurer que le directeur ou le responsable doit avoir les compétences cliniques et les habiletés techniques afin de faire le lien entre le laboratoire avec les médecins et l'administration de l'établissement.

L'organisme est invité à développer un programme d'évaluations des compétences du personnel, à ajouter des contrôles de qualités externes qui sont manquants, à développer des indicateurs de qualité incluant les suivis. Ceci permettra d'avoir des possibilités d'améliorations des services, assurer la qualité des résultats et avoir un système complet de gestion de la qualité.

3.2.7 Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

8.8 L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
---	---

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.9 L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
---	---

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe dispose de l'espace et des équipements nécessaires pour donner les services de façon sécuritaire et efficace. Ces services sont offerts par une équipe interdisciplinaire qui accueille régulièrement des étudiants en médecine, des résidents et des étudiants en soins infirmiers.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe engagée collabore à offrir des soins sécuritaires et de qualité. Depuis quelque temps, l'équipe utilise un outil d'évaluation de la charge de travail qui est effectué à chaque quart de travail. Puisque les taux d'occupation des 13 lits du département peuvent varier grandement et rapidement, ceci permet un partage équitable des tâches et une utilisation efficace des ressources.

L'équipe a élaboré un outil d'évaluation utilisé à l'admission de l'usager qui permet une collecte de données complètes de façon efficace et rapide.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une pochette contenant des informations sur le fonctionnement du département et certains éléments cliniques est remise à chaque usager au moment de l'admission. De façon générale, les usagers sont admis par le biais du service des urgences et l'évaluation médicale est effectuée à cet endroit.

Le pharmacien révisé la médication de tous les usagers, les rencontre au besoin et complète ainsi le bilan comparatif des médicaments.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe dispose des outils et documents nécessaires pour effectuer un travail de qualité. Des rencontres interdisciplinaires hebdomadaires permettent de coordonner tous les soins et services nécessaires pour les usagers du département. L'équipe dispose également de plusieurs outils et aide-mémoires permettant le transfert efficace des renseignements concernant les usagers.

L'équipe a un projet de laboratoire d'enseignement en cours. Une fois terminé, celui-ci permettra aux médecins et au personnel infirmier de procéder à des exercices de simulation.

Les activités de formation continue pour le personnel infirmier incluent des activités formelles, mais également selon un modèle de transfert de connaissances entre les membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a mis en place une méthode d'audit de dossiers médicaux afin d'évaluer la conformité à des critères spécifiques de tenue de dossier. Un premier exercice a été fait il y a quelques mois et les résultats sont partagés avec l'équipe. Cette évaluation fait maintenant partie des tâches régulières et chaque infirmière doit effectuer la révision d'un dossier par mois. Une échelle d'analyse standard est utilisée par toute l'équipe. Les résultats de cet exercice seront compilés et présentés chaque trimestre. L'équipe est félicitée pour cette initiative permettant d'impliquer encore plus le personnel dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

L'équipe s'est également dotée d'un outil de travail identifiant les éléments de vérification ou d'entretien à effectuer mensuellement, par exemple la vérification des chariots à code. Tous ces éléments sont consignés dans le cartable qualité du service.

3.2.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
12.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
12.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
12.5 L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
12.6 L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
12.7 L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
12.8 L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
12.9 L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
12.10 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

12.11 L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le plan d'action 2013-2015 en santé publique est un outil de travail bien documenté. Les données populationnelles sont fournies par diverses instances et elles guident l'élaboration des plans d'action.

Le leadership de la gestionnaire a permis de procéder à une réorganisation pour les intervenants psychosociaux et psychologues afin d'offrir la polyvalence 0-100ans au niveau de l'accueil et de la santé mentale.

Processus prioritaire : Compétences

L'approche interdisciplinaire est présente entre les professionnelles notamment les agents de relations humaines, l'éducatrice spécialisée, les infirmières, le psychologue, etc.

Les rôles et responsabilités sont partagés et clairs.

La formation sur la négligence a été offerte à l'ensemble du personnel. Les besoins en formation sont sollicités et pris en compte dans la planification annuelle. Les membres du personnel reçoivent le soutien clinique par des ressources expertes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La réorganisation des services de l'accueil psychosocial favorise l'accès aux services et offre la polyvalence des tâches pour les intervenants. L'accueil est accessible de 8h à 16h. Par la suite, le service « Info sociale » répond de soir, de nuit et la fin de semaine. L'intervention de crise est disponible en tout temps.

L'équipe SIPPE assure le suivi dès la réception des avis de grossesses. L'éducatrice spécialisée est très impliquée dans la communauté. Les infirmières assurent les suivis grossesses, la vaccination et les interventions scolaires. La présence de l'intervenante psychosociale est très appréciée par les directions et les professeurs des écoles.

La présence d'un membre de l'accueil psychosocial au comité d'arrimage améliorera la coordination des services entre les intervenants des soins hospitaliers et les services de l'accueil.

Le programme de prévention du suicide est en place et connu de toutes. Il y a des grilles de dépistage pour les consommations de drogues, d'alcool et de jeu.

L'identification des activités à risques et le suivi de leurs améliorations présentent le potentiel requis pour développer des objectifs et des indicateurs de mesures.

Processus prioritaire : Aide à la décision



Les dossiers sont centralisés en deux parties aux archives. Il y a un dossier médical qui n'est pas accessible aux intervenants psychosociaux et il y a un dossier pour l'équipe des services communautaires. L'organisme est invité à rendre le dossier du client dans son entier accessible au personnel afin de favoriser la coordination interdisciplinaire, éviter des interventions par manque d'information et éviter des duplications.

La transmission des informations devrait être standardisée par exemple, l'utilisation de la DSIE pour l'ensemble des installations.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'identification des activités à risques et le suivi de leurs améliorations présentent le potentiel pour développer des objectifs et des indicateurs de mesures.

3.2.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.3 L'organisme conserve des dossiers à jour et exacts pour les titres de compétences de tout le personnel et les prestataires de services, et il revoit régulièrement ces dossiers.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.	
12.4.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	PRINCIPAL
12.4.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
12.4.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
12.4.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
19.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.	
19.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	

19.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
19.5	L'équipe conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
19.7	L'équipe suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
19.8	L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
19.9	L'équipe met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
19.10	L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux personnes, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
19.11	L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Des réunions d'équipe régulières permettent de coordonner l'ensemble des interventions. Des discussions cliniques sont incluses à chaque rencontre. Un point statutaire sur la sécurité est à l'ordre du jour.

Une réorganisation des services a eu lieu au cours de la dernière année. Les intervenants s'ajustent à ce nouveau modèle et ils se sentent soutenus par leur chef dans cette démarche. Cette gestion du changement s'opère bien et l'équipe évolue tout en développant sa polyvalence pour un meilleur service aux clients.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe se compose des intervenants psychosociaux et psychologues. L'équipe utilise l'expertise de leurs collègues des soins infirmiers en soutien à domicile lorsqu'un besoin est identifié. Les médecins peuvent référer des clients. L'organisme encourage l'équipe à s'adjoindre les autres types de professionnels et de médecins lorsque les besoins des clients le nécessitent.

L'équipe a accès à des formations selon les besoins identifiés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services de santé mentale sont maintenant regroupés pour une offre de service de 0 à 100 ans.

Le service accueil pour les demandes en santé mentale est inclus dans l'accueil psychosocial. Il est ouvert de 8h à 16h. Par la suite, le service Info social assure le suivi des demandes de 16h à 8h et les fins de semaine pour les 7 jours de la semaine. Un registre des demandes au plan psychosocial est formalisé et un suivi des demandes est fait par la chef du service afin de surveiller les délais pour les accès aux services.

Les intervenants sont de garde et le système de rappel est bien structuré. Les intervenants ont un outil utile pour la garde nommé « Interventions Face à Face ».

Un lit de crise est disponible par une entente avec le partenaire Espoir de Shelna.

Un plan 2012-2015 a été complété pour les activités à risques au service psychosocial et un suivi est fait avec l'équipe des intervenants.

Les intervenants ont reçu une formation sur la prévention du suicide. Une grille d'évaluation est disponible et utilisée. Afin d'améliorer les communications pour la prévention du suicide, l'équipe est invitée à réviser les règles de rédaction des notes concernant le risque de suicide afin de s'assurer que tous les intervenants et les médecins impliqués auprès du client puissent être informés de cette situation en temps opportun.

Des formulaires de déclarations accident-incident sont remplis lorsque requis par les intervenants et un suivi fait avec le chef de service. L'équipe est invitée à reprendre ces éléments afin de planifier un projet d'amélioration.

Le SIV est disponible pour l'ensemble du territoire. Il est assuré par une intervenante qui doit se déplacer dans plusieurs points de services. Une évaluation des forces est faite en collaboration du client. Le client et l'intervenant s'entendent sur les éléments de prise en charge. Le dossier médical est séparé du dossier psychosocial. Cela présente des enjeux de communications importants par exemple, le client du SIV est hospitalisé sans que l'intervenante SIV soit informée. L'organisme est encouragé à réviser cette situation afin d'améliorer l'interdisciplinarité et diminuer les risques pour la sécurité du patient.

Un nouveau comité d'arrimage est mis en place entre les intervenants de l'hôpital, le Soutien à Domicile et l'accueil psychosocial. Cette initiative favorisera la coordination entre les services.

Le dossier est fermé par l'intervenant lorsque les buts sont atteints. Les archives font le suivi pour transférer les informations à une autre ressource lors du transfert.

Des réunions d'équipe régulières permettent de coordonner l'ensemble des interventions. Des discussions cliniques sont incluses à chaque rencontre. Un point sur la sécurité est statutaire à l'ordre du jour.

Une réorganisation des services a eu lieu au cours de la dernière année. Les intervenants s'ajustent à ce nouveau modèle et ils se sentent soutenus par leur chef dans cette démarche. Cette gestion du changement s'opère bien et l'équipe évolue tout en développant sa polyvalence pour un meilleur service aux clients.



Processus prioritaire : Aide à la décision

Collaboration avec le Centre d'excellence en santé mentale Douglas afin d'être à jour avec les données probantes. L'équipe a revu son cadre de référence psychosocial afin de refléter la pratique du CSSS de la Minganie. La sécurité des intervenants a été revue et été très bien documentée. L'intervenante en Suivi d'Intensité Variable (SIV) a été formée avec un groupe d'experts.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La révision de la codification du logiciel Sic Plus a été complétée par l'équipe avec la collaboration des archives. L'absence d'un professionnel comme l'infirmière, le pharmacien ou le médecin ne permet pas de compléter un bilan comparatif des médicaments pour certaines clientèles à risques.

3.2.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins de longue durée.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>7.8 De concert avec le résident, la famille ou l'aidant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.</p> <p>7.8.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec le résident, la famille, les prestataires de soins et les aidants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>7.8.2 L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et décèle, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.8.4 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, l'équipe compare les ordonnances de médicaments rédigées au congé à la liste des médicaments à jour; elle décèle, règle et consigne tout écart entre les deux.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
8.2 L'équipe travaille avec les résidents et les familles pour cerner les objectifs et les résultats attendus en ce qui concerne les soins et les services offerts.	
8.9 L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	
12.3 L'équipe respecte le processus établi par l'organisme pour évaluer les demandes des résidents qui désirent apporter leurs médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments, et elle surveille les résidents qui prennent eux-mêmes leurs médicaments.	
13.1 L'organisme offre aux résidents et aux familles un milieu qui est flexible et qui répond aux besoins des résidents.	

13.3 L'équipe fournit aux résidents et aux familles l'occasion de participer officiellement à la planification des services offerts par l'organisme.

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

18.4 L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.

20.5 L'équipe conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.



20.10 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux résidents, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

20.11 L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme est invité avec son équipe à développer des objectifs mesurables à atteindre afin de mettre en oeuvre des initiatives d'améliorations de la qualité.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe interdisciplinaire travaille ensemble afin de répondre aux besoins des résidents. Ces membres sont, selon le besoin, l'ergothérapeute, la physiothérapeute, la travailleuse sociale, l'éducateur spécialisé, l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le médecin et le pharmacien.

Des formations sont disponibles pour mettre à jour les compétences et des formations pour la sécurité des résidents sont offertes.

L'organisme est invité à vérifier les titres des compétences sur une base annuelle pour les services multidisciplinaires.

Une orientation bien structurée et personnalisée est prévue pour tous les nouveaux employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un plan d'intervention individualisé(PII) est complété par l'équipe interdisciplinaire et par la suite, un ou des membres rencontrent le résident et sa famille afin de le partager avec eux. À l'avenir, il faudra inclure le résident et sa famille à participer et à choisir les objectifs de son plan interdisciplinaire qui sont importants pour lui. L'organisme est invité à développer des modalités afin d'inclure les médecins à ce PII.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas complété pour les nouvelles admissions. Les risques sont bien identifiés et des actions sont mises en place. Le programme de prévention des chutes est bien implanté. De nombreux types d'adaptation sont utilisés afin de prévenir les chutes et diminuer les contentions. Il y a des activités récréatives variées sur les unités. L'organisme est encouragé à développer différentes stratégies telles que la présence de bénévoles ou de préposés afin d'avoir des activités à chaque jour pour les résidents.

Le milieu de vie est implanté sur les unités. L'équipe est invitée à impliquer davantage les résidents et leurs familles dans la planification des services. L'organisme est encouragé à relever le défi d'avoir un horaire de lever, selon leurs habitudes de vie, des résidents et de pouvoir leur offrir une sieste dans l'après-midi.

Le comité des résidents a des membres actifs qui sont présents sur les étages.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les lignes ministérielles sont suivies afin d'assurer le milieu de vie. Il n'y a pas de liste d'attente. Il y a 57 lits d'hébergement, dont 19 lits au Foyer de la Minganie. Il y a aussi 2 lits d'hébergement temporaires et un lit de soins palliatifs. Tous les lits d'hébergement permanents sont dans des chambres individuelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les programmes cliniques comme la prévention des chutes et des plaies sont bien documentés et mesurés avec des résultats.

L'organisme est invité à discuter avec l'équipe des objectifs à atteindre et à développer des indicateurs de mesures afin d'obtenir les résultats et à les partager avec les membres de l'équipe.

3.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe passe en revue l'information recueillie au sujet de la demande de services transfusionnels afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
2.3 L'équipe demande régulièrement des commentaires sur la façon d'améliorer l'accès aux services transfusionnels et de régler les délais d'obtention de composants sanguins et de produits sanguins à des fins de transfusion.	
3.3 L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.	
4.3 L'équipe dispose d'un programme structuré pour assurer le maintien des compétences des membres de l'équipe, y compris l'évaluation de leurs connaissances théoriques et pratiques sur les services transfusionnels par le biais de diverses techniques.	
4.4 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
22.3 Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information.	!
25.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
25.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.	

25.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
25.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
25.7	L'équipe recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
25.8	L'équipe suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
25.9	L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
25.10	L'équipe met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
25.11	L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
25.12	L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

Malgré la pénurie de personnel, la planification du déménagement au nouveau laboratoire et le changement de logiciel, le laboratoire a continué à offrir des services sécuritaires de qualité. Il faut faire attention de ne pas faire la comparaison de l'ancien rapport, car depuis 2014 les normes de science transfusionnelles ont été révisées et modifiées. Le laboratoire a réalisé de belles initiatives notamment celle de remettre un formulaire du consentement libre et éclairé à la distribution des produits sanguine labile, l'ajout de signes et de symptômes pour les réactions transfusionnelles au verso du bordereau transfusionnel et un avis écrit concernant la notification des transfusions reçue est remis à l'utilisateur.

L'organisme est invité à développer des mécanismes pour recueillir les informations pertinentes avec des sondages, à recueillir les niveaux d'utilisation, à avoir des indicateurs de qualité et toutes autres informations afin d'avoir les données pour améliorer les services.

L'organisme est invité à développer un système de gestion de la qualité qui serait dans une section spécifique du manuel de qualité et à élaborer des indicateurs spécifiques pour les services transfusionnels afin de pouvoir déceler les problématiques pour améliorer la qualité des services.


L'organisme est encouragé à développer un programme de maintien de compétences du personnel pour assurer des services sécuritaires et à mettre en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité qui permettent de communiquer l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité.

Le processus transfusionnel est bien suivi dans les unités sauf pour la vérification des documents et des produits au chevet du patient. Le membre de l'équipe qui fait la transfusion revoit et vérifie, en présence du receveur, l'identité de ce dernier, le composant sanguin ou le produit sanguin à transfuser et tout autre document. Des audits réguliers pourraient aider à éliminer cette pratique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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.	
17.2.4	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 établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
18.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
18.5	L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
18.6	L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
18.7	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
18.8	L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
18.9	L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
18.10	L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
18.11	L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les équipes collaborent avec les partenaires pour faire connaître les services. Par exemple, les écoles sont sollicitées durant les campagnes de vaccination et un arrimage avec des activités et des organismes du milieu ont permis de publiciser le Centre d'arrêt tabagique.

Processus prioritaire : Compétences

Les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire qui a accès aux outils et aux formations nécessaires pour assurer des soins et services sécuritaires et de qualité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

On peut noter de façon particulière les activités en télésanté. Les usagers bénéficient de service d'ophtalmologie, de dermatologie, de consultation en oncologie et de soins de plaie.

L'équipe a été le premier centre au Québec à poser le plâtre de contact total pour les soins de plaie à distance, évitant ainsi un séjour de quatre semaines à l'extérieur de la région pour l'utilisateur.

L'équipe en oncologie, incluant l'infirmière pivot et la pharmacienne, offre un suivi continu aux usagers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les soins ambulatoires sont offerts dans toutes les installations du CSSS de la Minganie. Les points de service sont généralement dotés de personnel stable et à l'emploi depuis plusieurs années. Une bonne collaboration entre l'infirmier et l'intervenant psychosocial permet d'assurer des services continus et efficaces dans un contexte de petites équipes et d'éloignement du site principal à Havre-Saint-Pierre. Le personnel est également soucieux de respecter la confidentialité des renseignements concernant les usagers.

Le personnel rencontré témoigne d'une bonne communication et d'un soutien continu de la part de leurs collègues et gestionnaires. Dans ces installations, le personnel infirmier fait le suivi de la médication des usagers en collaboration avec les médecins et les pharmaciens à distance. Les médecins font des visites sur place environ une fois par mois.

Les soins ambulatoires offerts à Havre-Saint-Pierre offrent également des suivis en oncologie. Les usagers peuvent y recevoir des traitements de chimiothérapie; en effet, il s'agit d'un centre satellite en oncologie en lien avec le CSSS de Sept-Îles. Des infirmières travaillent également auprès d'un Groupe de médecine familiale en établissement et offrent, entre autres programmes, le suivi des maladies chroniques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe s'est dotée de plusieurs outils standardisés afin de documenter et uniformiser les pratiques, autant pour les outils de vérification des tâches que pour le suivi des usagers.

3.2.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.2 Chaque membre du personnel possède les titres de compétences ou permis nécessaires, qui ont été délivrés par l'association professionnelle appropriée.	!
4.8 Les membres du personnel sont formés en vue de prévenir et de gérer de façon sécuritaire les comportements violents ou agressifs des clients.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
2.1 L'organisme utilise une démarche d'équipe pour élaborer ses buts et objectifs.	
<p>6.8 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p> <p>6.8.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.</p> <p>6.8.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>6.8.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	<p>POR</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>
7.8 L'organisme suit un processus pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
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.	
15.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
15.4	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
15.5	L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
15.7	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
15.8	L'organisme analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
15.10	L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
15.11	L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les guides de pratiques infirmiers sont mise à jour par l'assistante du SAD et elle s'assure de les fournir aussi aux infirmières des dispensaires.

Les descriptions de tâches sont à jour. L'organisation est invitée à vérifier les permis de pratiques des professionnels.

L'organisation est invitée à offrir de la formation régulière sur la prévention des comportements violents. Elle peut former une personne ressource qui s'assurera d'offrir des mises à jour régulièrement.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe recueille des renseignements sur la satisfaction des clients afin d'orienter ses projets d'améliorations. Avec l'arrivée du nouveau chef, l'équipe pourra développer son projet d'amélioration de la qualité avec des indicateurs de mesures.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Différentes ressources telles que le pharmacien, la conseillère, le chef et le programme d'aide aux employés (PAE) peuvent soutenir le personnel.

Lors d'enjeux éthiques, les intervenants se réfèrent à leur chef. L'organisation est invitée à mettre en place un comité d'éthique clinique afin d'assister les employés lors de dilemmes éthiques au SAD.

L'arrivée d'une pochette d'accueil clarifiera l'offre de services et les droits des usagers ainsi que le processus de plainte.

L'organisation est encouragée à développer une évaluation initiale faite par l'infirmière lors du premier contact avec le patient. Le bilan comparatif des médicaments n'est pas formalisé avec l'équipe. La mise en place d'un formulaire permettra de procéder efficacement à cette vérification avec l'utilisateur et sa famille afin d'établir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP).

Une équipe interdisciplinaire assure le suivi des plaies. L'échelle de Braden est complétée selon le besoin identifié. Le protocole de prévention des chutes est intégré depuis les 3 dernières années. Un comité de soins palliatifs interdisciplinaire se rencontre régulièrement.

Les deux infirmières du SAD répondent aux besoins de la population. L'accès est efficace et sans attente. Elles peuvent être disponibles pour des gardes de soir ou de fin de semaine pour répondre à des besoins spécifiques tels que les soins palliatifs.

L'équipe procure l'enseignement nécessaire selon les besoins du client et du membre de famille.

Le comité d'arrimage interdisciplinaire permet une planification des services efficaces entre les soins hospitaliers et le soutien à domicile (SAD). L'information est transmise de façon constante entre les points de services avec l'aide d'une liste de vérification. L'organisme est invité à mieux documenter des plans interdisciplinaires lorsque requis.

Les RSIPA et OEMC semblent être complétés pour 100% des clients au cours de la dernière année.

Le SAD participe et déploie ses effectifs pour la campagne de vaccination annuelle.

Les intervenants connaissent le formulaire de déclaration accident incident et l'utilise lorsque nécessaire. Les employés ont changé de chef et de directeur récemment et ne connaissent pas les résultats de leur sondage sur la culture de sécurité. Donc, ils n'ont pas de plan d'action à ce sujet.

Une entente est signée avec la Coopérative d'aide à domicile de la MRC de Mingamie pour l'offre des services ménagers à domicile. Ce partenariat fonctionne bien. Aussi, le SAD dessert la Corporation des Aînés au 2e étage du Foyer de la Mingamie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La confidentialité est une valeur présente dans l'environnement, car la proximité de résidence entre les clients et les intervenants les obligent à être d'autant plus vigilants.

Les infirmières sont proactives afin de maintenir leurs connaissances à jour et conformes aux meilleures pratiques, par exemple en soins de plaies.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le SAD complète des audits de dossiers annuellement sur l'application du programme de prévention des chutes. Ces audits sont une excellente initiative. L'organisation est invitée à utiliser ces informations comme indicateur de suivi avec une cible à maintenir ou à améliorer.

L'équipe sait qu'il y a une entente de gestion, mais ne connaît pas le contenu. Elle ne connaît pas les résultats de leurs statistiques. L'organisation est encouragée à les informer afin de développer des projets d'améliorations ensemble et de mesurer les résultats.

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 l'expérience client. 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 mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)

Le personnel dans une organisation nourrit un certain nombre d'attentes à l'égard de son employeur concernant la réalisation de son travail, et les attentes du client seront d'autant plus satisfaites que celles du personnel le seront. C'est ainsi que la mobilisation du personnel apparaît comme une condition essentielle pour d'améliorer la qualité des services offerts.

La CQA appuie cette définition de la mobilisation : « 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 »(1).

En misant sur la mobilisation, une organisation favorise l'intégration et l'appropriation, par l'ensemble de son personnel, de sa vision et de ses objectifs. Ainsi, 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 face à l'amélioration continue de la qualité, à fournir à ses employés les outils, la reconnaissance du travail bien fait, le soutien et la marche de manœuvre nécessaire pour qu'ils se mobilisent et à favoriser le maintien d'un climat propice à la collaboration entre les personnes et entre les équipes.

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. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la qualité du climat de travail est un facteur d'accroissement de la productivité.

Le sondage utilisé dans le programme conjoint pour mesurer le degré de mobilisation du personnel comporte huit indicateurs : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, la communication, le leadership organisationnel, le leadership du gestionnaire et la sécurité et environnement de travail. Huit à dix mois avant la visite, les résultats détaillés provenant du sondage sur la mobilisation du personnel sont fournis. Elle a ainsi l'opportunité de travailler sur les indicateurs nécessitant des améliorations et les visiteurs, pendant la visite, examineront les principaux résultats et les progrès réalisés.

(1) Qu'est-ce que la mobilisation des employés? Willis., Labelle, C., Guérin, G., Tremblay, M. (1998)

Principaux résultats par indicateurs au sondage réalisé par le CSSS sur la mobilisation du personnel :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CISSS de la Côte-Nord, point de service Minganie et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	80,30	78,30	82,30	76,54	71,51	80,72
JAUNE	Implication	78,31	76,23	80,40	76,94	72,12	81,72
JAUNE	Collaboration	81,33	79,22	83,43	78,04	71,69	82,51
JAUNE	Soutien	69,40	66,69	72,12	69,77	61,59	75,76
JAUNE	Communication	69,39	66,65	72,13	68,38	59,64	74,82
JAUNE	Leadership organisationnel	61,11	57,82	64,39	62,76	51,56	71,41
JAUNE	Leadership du gestionnaire	73,52	70,15	76,89	77,11	69,68	82,10
JAUNE	Environnement de travail/sécurité	74,05	71,49	76,60	69,21	62,53	74,21

4.2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)

La satisfaction des usagers à l'égard des services reçus est un indicateur largement reconnu de la qualité des services et de la performance d'une organisation. Le service donné atteint son niveau d'excellence quant il répond aux besoins et attentes de ces clients(2) . La satisfaction de l'utilisateur peut être ainsi considérée « comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même»(3).

Pour le CQA, la qualité des services d'une organisation s'évalue selon différents angles ou points de vue différents dont celui de la clientèle qui, par l'expression de son degré de satisfaction à l'égard des services reçus, apporte un éclairage essentiel pour l'évaluation de la qualité. Dans le cadre d'une démarche d'agrément, l'analyse du degré de satisfaction de la clientèle permet d'identifier les écarts entre ce qui était attendu en termes de qualité de service et le degré de satisfaction ressenti et vécu par le client dans son expérience de service ou de soin, en lien avec ses besoins, ses attentes ou ses droits. On parle ici de qualité attendue versus la qualité perçue/vécue.

Ces résultats fournissent de précieuses informations aux gestionnaires et aux professionnels engagés dans l'amélioration continue de la qualité des services, leur permettant d'ajuster, au besoin, leurs pratiques organisationnelles et professionnelles.

Le sondage sur la satisfaction de l'expérience client mesure la perception de la clientèle selon trois indicateurs de satisfaction(4) :

- La relation avec le client : touche à la qualité du rapport humain que le personnel entretient avec le client (respect, confidentialité, empathie et accessibilité)
- La prestation professionnelle : touche à la qualité des soins, des services et des conseils prodigués par les professionnels rencontrés par le client (fiabilité, responsabilisation, apaisement, solidarité)
- L'organisation des soins et des services : touche à la qualité de l'environnement et du contexte dans lequel les services ou les soins sont dispensés (simplicité, continuité, rapidité, confort).

Le CQA fournit à l'organisation, 8 à 10 mois avant la visite, les résultats détaillés du sondage clientèle. Elle a ainsi l'opportunité de travailler sur les indicateurs ou les dimensions de qualité nécessitant des améliorations et les visiteurs, pendant la visite, examineront les principaux résultats et les progrès réalisés.

(2) Horowitz, J. (2000)

(3) Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, 1996

(4) Les trois indicateurs recouvrant les douze dimensions de la qualité ont été identifiés par le CQA à partir de groupes de discussion 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.

Principaux résultats par type de clientèle et par indicateurs au sondage réalisé par le CISSS sur la satisfaction de l'expérience client :

Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CISSS de la Côte-Nord, point de service Minganie, à celui observé dans d'autres établissements

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Québec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	90,89	86,57	95,22	85,47	84,46	88,41
JAUNE	Prestation professionnelle	86,06	80,62	91,51	82,64	80,80	86,52
JAUNE	Organisation des services	85,18	80,68	89,69	81,93	80,63	86,35

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CISSS de la Côte-Nord, point de service Minganie, et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Québec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
ROUGE	Relation avec le client	88,28	87,21	89,34	91,27	89,83	92,96
ROUGE	Prestation professionnelle	83,88	82,44	85,31	87,91	86,02	90,08
ROUGE	Organisation des services	82,17	80,78	83,56	86,90	85,12	88,74

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.
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.

Processus prioritaire	Description
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.
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.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.