

Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément

## Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Port-Cartier

Port-Cartier, QC

*Dates de la visite d'agrément : 18 au 22 octobre 2015*

*Date de production du rapport : 2 décembre 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 Port-Cartier (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 recevrons 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

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
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	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	11
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>12</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>15</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	16
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	16
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	18
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	19
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	21
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	23
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	24
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	25
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	26
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	27
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	28
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	29
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	30
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service</i>	30
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments - Secteur ou service</i>	33
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service</i>	35
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Service des urgences - Secteur ou service</i>	37
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service</i>	41
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service</i>	42
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire - Secteur ou service</i>	47
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée - Secteur ou service</i>	49
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service</i>	51

<i>3.2.10 Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service</i>	53
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	56
4.1 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	56
4.2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	58
<b>Annexe A Processus prioritaires</b>	60

## 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 Port-Cartier (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 Port-Cartier 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 : 18 au 22 octobre 2015**

- **Emplacement**

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

- 1 CSSS de Port-Cartier

- **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 Prévention et contrôle des infections
- 3 Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

***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 Services de santé communautaire - Normes sur l'excellence des services
- 7 Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
- 8 Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
- 9 Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
- 10 Services de soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
- 11 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.)	42	8	0	50
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	42	1	0	43
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	309	33	37	379
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	72	8	1	81
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	87	7	5	99
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	25	0	2	27
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	490	95	35	620
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	26	4	4	34
<b>Total</b>	<b>1093</b>	<b>156</b>	<b>84</b>	<b>1333</b>



## 1.4 Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	36 (80,0%)	9 (20,0%)	1	70 (83,3%)	14 (16,7%)	1	106 (82,2%)	23 (17,8%)	2
Prévention et contrôle des infections	44 (95,7%)	2 (4,3%)	11	26 (89,7%)	3 (10,3%)	5	70 (93,3%)	5 (6,7%)	16
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	42 (95,5%)	2 (4,5%)	5	34 (82,9%)	7 (17,1%)	7	76 (89,4%)	9 (10,6%)	12
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	30 (81,1%)	7 (18,9%)	1	35 (76,1%)	11 (23,9%)	2	65 (78,3%)	18 (21,7%)	3
Service des urgences	44 (95,7%)	2 (4,3%)	1	66 (91,7%)	6 (8,3%)	8	110 (93,2%)	8 (6,8%)	9
Services d'imagerie diagnostique	58 (100,0%)	0 (0,0%)	9	64 (98,5%)	1 (1,5%)	3	122 (99,2%)	1 (0,8%)	12
Services de laboratoires biomédicaux	38 (57,6%)	28 (42,4%)	5	83 (83,0%)	17 (17,0%)	3	121 (72,9%)	45 (27,1%)	8
Services de santé communautaire	14 (87,5%)	2 (12,5%)	1	55 (98,2%)	1 (1,8%)	0	69 (95,8%)	3 (4,2%)	1
Services de soins de longue durée	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	87 (92,6%)	7 (7,4%)	0	125 (93,3%)	9 (6,7%)	0

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 transfusionnels	51 (85,0%)	9 (15,0%)	15	54 (88,5%)	7 (11,5%)	6	105 (86,8%)	16 (13,2%)	21
Soins et services à domicile	40 (90,9%)	4 (9,1%)	0	46 (85,2%)	8 (14,8%)	0	86 (87,8%)	12 (12,2%)	0
<b>Total</b>	<b>435 (86,7%)</b>	<b>67 (13,3%)</b>	<b>49</b>	<b>620 (88,3%)</b>	<b>82 (11,7%)</b>	<b>35</b>	<b>1055 (87,6%)</b>	<b>149 (12,4%)</b>	<b>84</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	2 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Service des urgences)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Non Conforme	0 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 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 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	3 sur 4	2 sur 2
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 soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 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 soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Organismes extra-hospitaliers - 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 soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 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)	Non Conforme	5 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	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
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
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 soins de longue durée)	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	0 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 soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
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.

Le Centre de santé et de Services sociaux de Port-Cartier était un établissement autonome couvrant trois missions complémentaires notamment des services de soins généraux de santé d'urgence et en externe, qui sont supportés par des technologies diagnostiques de base dont la biologie médicale et l'imagerie, des services de santé et des services sociocommunautaires et des services d'hébergement en CHSLD et dans la communauté. Le territoire de desserte s'étend sur 71 km le long de la côte du Saint-Laurent. La population de desserte, légèrement en déclin dans les dernières années, compte un peu plus de 7500 personnes. Les responsables de l'établissement démontrent une connaissance fine des besoins et des vulnérabilités des résidents et ils s'efforcent de raffiner leur connaissance pour être en mesure d'adapter leur offre de services et leur accessibilité selon l'évolution des besoins et selon les particularités de chaque sous-territoire. Le CSSS a poursuivi le développement de son plan stratégique, même après le regroupement régional dans le CISSS : les orientations stratégiques demeurent d'actualité.

Depuis avril 2015, le CSSS a cédé la place à un nouvel établissement régional, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (CISSS), qui a été enténu depuis des années; plusieurs figures importantes ont cédé leur place. Une nouvelle direction supérieure vient d'être constituée dans le CISSS. Le personnel semble avoir perdu ses grands points de référence et il se questionne sur le lien hiérarchique qui rattachera ce point de service à un établissement explosé dans plusieurs municipalités avec des sites disproportionnés en matière de taille et d'effectifs. Malgré tout, le personnel a démontré durant toute la visite d'agrément un entrain, un enthousiasme et une collaboration sans faille. Le personnel et les médecins ont démontré une grande fierté quant aux services qu'ils donnent et dont ils veulent assurer l'accès.

Dans les dernières années, le CSSS avait réussi à maintenir son offre de services malgré des compressions budgétaires répétées, et ce, tout en respectant ses obligations d'équilibre budgétaire, du moins jusqu'au 31 mars 2015. Il reste que le CSSS présente des taux d'absentéisme saisissants dont la réduction demeure un objectif prioritaire. Il est surprenant que ce facteur, conjugué à la très petite taille des effectifs, ne génère pas une pénurie telle qu'il forcerait la diminution de l'offre de services. Des améliorations substantielles ont été apportées aux grands processus de gestion des ressources humaines depuis la visite de 2012. L'arrivée d'une nouvelle équipe en ressources humaines, il y a une année, conjuguée aux efforts des gestionnaires semble avoir donné des résultats encourageants sur le plan de la dotation et d'organisation du travail, mais aussi en ce qui concerne la satisfaction en milieu de travail, lorsque l'on examine les résultats du sondage auprès du personnel réalisé au début de l'été.

Le CSSS a su développer des liens étroits avec les autorités civiles et avec les organismes communautaires : les tables de concertation clientèles sont actives et de nombreuses initiatives sont élaborées conjointement pour améliorer le soutien aux clientèles plus vulnérables.

La préparation minutieuse de la visite d'agrément semble avoir donné des résultats positifs selon les commentaires transmis aux visiteurs et à la très grande collaboration qui a été démontrée. Ce phénomène peut sembler surprenant dans le contexte où le conseil d'administration du CSSS avait suspendu les travaux préparatoires, avant sa dissolution, et en tenant compte de l'équipe de pilotage du processus d'agrément qui était en partie modifiée avec l'apport de nouvelles ressources provenant du nouveau CISSS.



## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité</b> L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins et services à domicile 8.6</li> </ul>
<p><b>Deux identificateurs de client</b> L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Les normes sur les analyses de biologie délocalisées 8.2</li> </ul>
<p><b>Abréviations dangereuses</b> L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments 1.5</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b>                      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 procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes." Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR." Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur le leadership 15.8</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b>                      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"> <li>Service des urgences 9.3</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b></p>	
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b>                      L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur le leadership 2.10</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<b>Stratégie de prévention des chutes</b> 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.	• Service des urgences 16.3

### 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
<b>PRINCIPAL</b>	Test principal de conformité aux POR
<b>SECONDAIRE</b>	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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
4.5 Lorsqu'ils définissent la vision et le plan stratégique de l'organisme, les membres du personnel d'encadrement de l'organisme évaluent les risques et les nouvelles possibilités qui s'offrent à l'organisme.	
4.6 Le plan stratégique de l'organisme comprend des buts et des objectifs qui présentent des résultats mesurables conformes à la mission et aux valeurs.	
6.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements.	
12.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise un processus structuré pour déterminer et analyser les défis ou les risques réels et potentiels.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les gestionnaires et les intervenants ont une très bonne connaissance du portrait de santé de la population du bassin de desserte, avec les vulnérabilités spécifiques à plusieurs sous-régions; la majorité est capable de faire le lien entre les besoins de services et les variations dans le taux d'emploi et l'itinérance des travailleurs. Bien qu'il n'y ait eu que de légers aménagements dans l'offre de services dans les dernières années, on sent que les intervenants ont poursuivi leur quête d'informations sur les attentes de la population et que ces aménagements de services visaient à y répondre. Il faut ici mentionner les efforts du CSSS pour mieux cerner, avec les quelque 500 résidants du secteur de Rivière-Pentecôte, leurs besoins particuliers, isolés qu'ils sont à l'ouest du territoire et avec peu de services de proximité.

Même avec l'intégration du CSSS dans le CISSS régional, il s'avère que les intervenants ont maintenu leur engagement envers les grands objectifs du plan stratégique et leur engagement envers la clientèle, même si la démarche officielle de suivi s'est éteinte avec la fin du CSSS.

Jusqu'en 2014, le plan stratégique a fait l'objet d'un suivi rigoureux avec une reddition de compte au Conseil d'administration. Les priorités annuelles et les objectifs des directeurs ont été élaborés sur la base des orientations du plan stratégique jusqu'à l'avènement du CISSS.

---

### 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
8.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit des critères établis pour orienter les décisions liées à l'attribution des ressources.	!
8.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme analyse régulièrement les répercussions des décisions concernant l'attribution des ressources.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le CSSS a suivi annuellement un processus budgétaire rigoureux et faisant appel à la participation des gestionnaires. De cette manière, l'établissement a réussi à absorber les plans de compression annuelle sans affecter au fil des ans son offre de services: les efforts de conscientisation de l'ensemble du personnel ont permis des économies de manière continue, le bien commun ayant préséance sur les décisions sectorielles. Parmi les stratégies mises en place pour absorber l'effet des compressions, il faut signaler une diminution importante des coûts des médicaments avec une alliance avec l'hôpital de Sept-Iles, le contrôle serré du recours à la main-d'œuvre indépendante, la quasi-disparition du temps supplémentaire, le partage de postes de direction avec des établissements voisins, la participation à un service centralisé d'achats. Le déplacement des ressources entre les activités s'est effectué autant dans la planification que dans le suivi budgétaire périodique avec la collaboration de tous les membres de l'établissement et en reconnaissant en groupe les activités prioritaires. L'établissement compte peu de politiques écrites, bien que les processus soient compris et appliqués de manière uniforme: il y a lieu de croire que le petit nombre de gestionnaires et le fait de travailler en groupe les affaires financières ait pu minimiser les besoins de documentation exhaustive. L'établissement s'est fait un devoir de respecter ses engagements budgétaires pour en arriver à boucler des budgets de plus en plus serrés et ce, malgré que la petite taille du CSSS et de son budget le rendait très vulnérable à toute forme d'imprévu, même mineurs. Les rapports fournis aux autorités sont à la fois détaillés et précis pour faire ressortir les faits saillants et les difficultés rencontrées. L'exercice budgétaire régional 2015-2016 a permis de préserver à peu près intactes toutes les ressources consacrées aux programmes cliniques et le nouveau CISSS devrait entreprendre la planification 2016 dans quelques semaines en tentant de déterminer au préalable les paramètres relatifs aux équipes locales minimales à mettre en place dans les sous-régions les plus petites.

## 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
2.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre des politiques de santé et de sécurité en milieu de travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents et il en assure le respect.	
2.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore une politique et une procédure de vaccination du personnel et des prestataires de services, ce qui comprend la recommandation de vaccins précis, au besoin.	
2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.10.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.	 <b>SECONDAIRE</b>
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.	

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

Les responsables des méthodes de gestion des ressources humaines sont en mesure de tracer un portrait détaillé du fonctionnement global de l'établissement en matière de gestion de ressources humaines. L'absentéisme et la capacité d'assurer un niveau suffisant de remplacement demeurent le plus grand défi de l'organisation : le taux global des absences dépasse les 30% pour l'ensemble des postes et dont l'assurance salaire représente le tiers de ces motifs d'absence. Le taux d'assurance salaire a atteint 10% en 2014-2015 et le CSSS a observé une hausse à ce jour en 2015 (11%), malgré un plan d'action visant à réduire ce poste d'activités à 8,5% durant l'année. Les efforts de recrutement semblent donner des résultats probants, malgré des difficultés évidentes de rétention, notamment liées à l'éloignement et aux conséquences de la mobilité des conjoints. Malgré tout, le CSSS parvient, quoique difficilement, à assurer la couverture de son offre de services la grande partie de l'année, incluant l'apport de médecins dépanneurs au service des urgences.

Malgré tous les avis obtenus en préparation de la visite d'agrément sur la dégradation du climat de travail, le personnel rencontré est compétent, engagé, fier de leur établissement et aussi de leur contribution



individuelle. Si, effectivement, le personnel et les médecins sont inquiets de leur rattachement administratif à une grande organisation régionale avec plusieurs sites, la très grande majorité se disait confiante que l'offre de services locale actuelle est préservée intacte.


Les efforts de réduction budgétaire ont amené les gestionnaires à revoir l'utilisation du personnel, notamment en visant une réduction substantielle de la main d'œuvre indépendante, les heures supplémentaires et les remplacements circonstanciés des absences de toute sorte. La revue exhaustive des grands procédés administratifs révèle que l'établissement fait appel à la contribution de toutes les équipes pour développer ses grandes stratégies corporatives. Il en est ainsi au titre des exercices budgétaires annuels pour identifier les actions qui permettront de réaliser les compressions budgétaires répétitives qui sont imposées : tous les membres de l'organisation sont appelés dans un exercice général où toutes les initiatives sont encouragées, mais aussi où tous sont conscientisés à l'intensité des efforts économiques à réaliser. Le service des ressources humaines accorde une grande importance à la priorisation rigoureuse des programmes de formation tout en respectant les maigres budgets disponibles. La politique d'évaluation du rendement adoptée avant la visite d'agrément précédente a été renforcée depuis 2014 et la cible pour réaliser toutes les évaluations périodiques sur une période de deux ans semble toujours tout à fait réaliste : 53% du personnel de l'établissement avait profité de cet exercice après une année.

Le comité paritaire de santé au travail est actif et il revoit chacune des situations anormales qui sont signalées. Une attention sera requise pour incorporer le volet SIMDUT des laboratoires au programme global de l'établissement, avec une mise à jour requise pour les produits des laboratoires. L'établissement a mis en place les méthodes adéquates pour prévenir et contrer la violence au travail avec de la formation périodique, et il ne reste qu'à produire les rapports sur l'application de la politique.

Le travail effectué par le service des ressources humaines est considérable et les résultats sont évidents, d'autant que les deux ressources ne sont en place que depuis une année. Elles méritent la considération que leur accorde toute l'organisation.

### 3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
3.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des protocoles normalisés ou aux guides des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services et les soins, s'il y a lieu.	
12.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques et apporte les améliorations nécessaires.	
12.6 Dans le cadre de sa méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme suit des politiques et des procédures établies pour choisir et négocier les services contractuels.	
12.7 Dans le cadre de sa méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme évalue la qualité des services contractuels.	
<p>15.8 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.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>15.8.3 L'organisme dispose d'un plan pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>

15.10	L'organisme surveille sa culture de sécurité des usagers en ayant recours au Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	!
16.2	Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique.	!
16.3	Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux larges buts et objectifs stratégiques de l'organisme.	!

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

Le programme d'amélioration de la qualité du CSSS a été élaboré et implanté de manière à simplifier le plus possible les structures de travail et pour faire en sorte que la grande majorité du personnel et des médecins y contribuent activement. Le noyau des activités d'amélioration continue de la qualité se déroule dans chaque équipe de travail, au quotidien et lors des rencontres de chaque équipe : un sujet statutaire -Qualité- est à l'ordre du jour de chaque équipe et les questions de sécurités sont présentées et discutées, les suivis des signalements des situations anormales, les plaintes, mais aussi les initiatives qui permettront d'améliorer le service à la clientèle et sa satisfaction. C'est aussi dans ces réunions que sont discutées autant les réponses aux normes que les réponses aux exigences des organismes externes.

La méthode de signalement des situations anormales et des incidents est implantée dans tous les secteurs et pour tous les types de signalements, à l'exception des accidents de travail. Chaque signalement est revu et les correctifs sont discutés dans les équipes de travail. Il y a lieu de mentionner que les responsables des méthodes Qualité ont implanté des présentations de sketches présentant différentes situations à risque observées dans l'établissement. Ces situations sont jouées par du personnel de l'institution avec une approche comique autant sur la survenance d'un incident, voire d'un accident malheureux, ces séances de comédie ont obtenu un grand succès auprès de l'ensemble du personnel et des médecins. L'événement est devenu annuel, puis répété lors des grands moments du CSSS. L'activité a su développer l'éveil de tous les membres du personnel et sonné la vigilance sur la sécurité dans tous les secteurs de l'organisation. Cette activité a d'ailleurs été reconnue par le MSSS en 2014 en octroyant au CSSS le prix d'excellence en matière de sécurité des soins et des services.

Les responsables des méthodes Qualité du CSSS sont conscients que les pratiques développées jusqu'à ce jour permettent difficilement l'évaluation des progrès qui sont réalisés, puisque les projets sont rarement documentés avec des objectifs et des indicateurs mesurables. Les prochaines avancées Qualité dans le nouveau CISSS devront revoir cette situation.

### 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
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.	
1.8 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.	

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

Les travaux que l'établissement a mis en route en matière d'éthique ont essentiellement visé à mettre en place une structure qui permettra aux équipes de travail de trouver dans l'organisation une assistance pour résoudre d'éventuelles problématiques éthiques. Il a été prévu que cette assistance soit fournie par le comité de direction, mais à ce jour, aucune requête d'assistance ne fut transmise. La gestionnaire désignée responsable de développer ce créneau s'est familiarisée, par des lectures variées. Elle possède une bonne connaissance de base des grands principes d'analyse éthique. Toutefois, il faut mentionner que les membres de l'équipe de direction qui sont responsables de fournir une assistance, ou toute autre équipe qui aura cette responsabilité devront bénéficier d'une formation minimale, mais continue, pour être en mesure d'assumer leur responsabilité d'accompagnement.

D'autre part, l'institution ne compte pas encore sur un cadre conceptuel en matière éthique qui fournirait à l'ensemble des membres de l'organisation un portrait global des différents volets éthiques doublé de la méthode d'analyse préconisée par l'institution. Le modèle conceptuel servira aux intervenants à mieux cerner des enjeux éthiques auxquels ces derniers pourront être confrontés et il devra être périodiquement renforcé avec des informations et des réflexions éthiques portées à leur attention, soit par le comité ou par une autre voie. D'emblée, il apparaît que le développement de la réflexion éthique sera facilité par la mise en réseau du CISSS.

### 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
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.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le CSSS de Port-Cartier a développé des mécanismes de communication solides avec les autorités civiles et avec les organismes communautaires par des interventions directes des représentants du CA et avec le Directeur général, mais sans avoir à déployer des plans et des outils complexes. Le CSSS a su multiplier les événements locaux en collaboration avec les partenaires et les organismes communautaires de manière à pouvoir compter sur leur apport dans la promotion de la santé et aussi pour développer une fierté collective de ses services de santé. À la suite de la visite d'agrément de 2012 où le personnel du CSSS a émis des commentaires qui demandaient de renforcer la communication interne, les leaders du CSSS ont développé des stratégies au sein de chaque unité administrative pour favoriser le contact direct des gestionnaires avec les équipes de travail et avec des rencontres de coordination régulières au sein des équipes. Il s'avère que le personnel se dit dorénavant très satisfait de la communication générale dans l'établissement. Avec les outils informatiques disponibles, les liens sont étroits avec les établissements partenaires et l'information clinique est rapidement accessible.

Depuis l'instauration du CISSS, le personnel se dit toutefois mal informé sur les grands réaménagements qui sont en cours. Le départ de plusieurs personnes clés du CSSS et la nomination de nouveaux responsables encore inconnus soulèvent plusieurs questions de la part du personnel et des médecins. En contrepartie, les autorités du nouveau CISSS sont bien conscientes des attentes du personnel dans tous les établissements et plusieurs outils ont déjà été mis en place pour y répondre. Le défi de cette grande organisation sera de répondre à des attentes qui étaient satisfaites jusqu'à tout récemment par la proximité, par les contacts directs fréquents et par la présence sur place.

### 3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
9.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme s'assure que l'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!

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

L'établissement dispose de locaux propres, bien identifiés. L'accès au matériel de soins ainsi qu'aux équipements est restreint aux membres du personnel. Un système de double casier vient d'être implanté, ce qui améliore la gestion des inventaires et diminue les risques de gaspillage. Les corridors des unités de vie sont dégagés et permettent la circulation sécuritaire des résidents et des employés.

Les postes de travail pour le personnel sont vastes, bien éclairés. Les espaces permettent les échanges professionnels en toute confidentialité.

Un projet de réfection des planchers est en cours et presque achevé, ce qui demande une réorganisation des services dans tous les secteurs. L'organisme prend les moyens pour assurer la sécurité du personnel, des usagers et des résidents. Des mesures d'atténuation des impacts liés aux travaux ont été prises notamment la relocalisation des résidents dans un autre établissement, l'utilisation de locaux afin de poursuivre les activités quotidiennes de la clientèle en longue durée. L'infirmière en prévention des infections est impliquée dans toute la durée des travaux.

Des systèmes d'appoint sont prévus pour les systèmes de ventilation, de chauffage et de mécaniques. Pour s'assurer la sécurité des aliments, les réfrigérateurs et les congélateurs du service alimentaire sont munis de thermomètres et les températures sont vérifiées également durant la nuit par les gardiens de sécurité. Un registre de vérification quotidienne est acheminé au gestionnaire concerné.

L'organisation a mis en place des activités de récupération, dont le papier, le plastique et a implanté la récupération du verre et d'autres contenants au service alimentaire. L'organisation est invitée à poursuivre ses efforts en ce sens. Des procédures sont en place pour la gestion des déchets biomédicaux. Des mesures sont planifiées pour contrer la pénurie ou les problématiques d'approvisionnement en eau potable à cause des situations vécues au cours des dernières années.

Les portes extérieures, les ascenseurs ainsi que plusieurs portes intérieures sont munis d'un système de verrouillage électronique. Un système de traçabilité des entrées et des sorties est en place. Ces mesures contribuent à rendre le milieu sécuritaire pour les employés, les médecins, les usagers et les résidents.

L'entreposage des produits inflammables utilisés au laboratoire ne respecte pas les normes de sécurité. L'établissement est invité à apporter les correctifs nécessaires pour la sécurité du milieu.

### 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.

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

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

Le plan local de mesures d'urgence a été écrit par une firme externe, la Société Prudent inc. à l'été 2008 et il a fait l'objet de différentes mises à jour sectorielles avec la participation des responsables de ces secteurs.

L'établissement a dû faire face à plusieurs interruptions d'approvisionnement en eau potable, 6 ou 7 fois par année, ce qui a permis d'établir et de raffiner des procédures particulières de gestion des communications, de gestion des réserves de sécurité et des mesures de sécurité pour les résidents de soins prolongés.

Les responsables planifient une révision complète de la préparation en vue de situations d'urgence pour le CISSS de la Côte Nord. Ils devraient prévoir l'implication de leurs sites pour contribuer à la rédaction d'un plan uniforme de l'ensemble des mesures d'urgence pour tous les sites du CISSS.

### 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)

Le service de l'urgence est ouvert 24 heures par jour et 7 jours sur 7. L'établissement ne dispose pas de lits d'hospitalisation de courte durée. Un corridor de services est établi avec l'Hôpital de Sept-Îles pour les usagers nécessitant une hospitalisation. La prise en charge est assurée par une équipe médicale dédiée, ce qui améliore le délai pour le transfert. L'utilisateur est admis directement sur l'unité sans passer par l'urgence. Les équipes sont félicitées pour la mise en place de cette pratique.

Des initiatives ont été prises depuis la dernière visite d'agrément pour améliorer le cheminement des usagers vers des ressources répondant à leurs besoins de santé. La mise sur pied d'une clinique externe sans rendez-vous ouverte deux après-midi par semaine est très appréciée par la clientèle. Plus de 700 usagers y ont été vus au cours de la dernière année, réduisant ainsi le recours à l'urgence. La GMF offre un accès adapté pour les usagers inscrits. Ceux-ci peuvent être vus par un médecin dans un délai de deux semaines. Ces stratégies ont permis de réduire la fréquentation à l'urgence de 10 patients par jour en moyenne. L'équipe est fière de ses réalisations et en est félicitée.

Lors de période de congestion, les membres du service de l'urgence peuvent diriger les usagers vers la clinique Horizon Santé lorsque leur taux d'achalandage le permet. Cette pratique est faite de façon occasionnelle.

Malgré les efforts déployés pour assurer la continuité des services et réduire les délais aux services pour les usagers, il est souligné les difficultés pour bien arrimer les services offerts à la clientèle présentant des problèmes de toxicomanie. Également, l'accès au service de psychiatrie à l'hôpital de Sept-Îles demeure un défi pour les usagers de Port-Cartier. L'établissement est encouragé à cerner les besoins et à se concerter avec les partenaires du territoire.

Il est mentionné la satisfaction des membres du personnel quant à la rapidité pour l'obtention de résultats d'imagerie médicale ou d'analyse de laboratoire effectués à l'interne, ce qui favorise le congé précoce de l'utilisateur.



### 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
<b>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</b>	
10.4 L'organisme veille à ce que le personnel responsable du retraitement reçoive une formation sur les politiques et les procédures en matière de retraitement de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!

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

Les responsables du CSSS de Port-Cartier veillent au respect des plans et des processus d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des instruments et des appareils médicaux. Il en est de même pour l'acquisition de nouveaux équipements et appareils médicaux.

Le personnel attitré au nettoyage et au retraitement des équipements est qualifié et compétent. Les relations que ce personnel assume avec les services de prévention des infections méritent d'être soulignées.

## 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.

### Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

### 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 donateurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donateurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

### Prévention des infections

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

### Services de diagnostic - Imagerie

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.


### Services de diagnostic - Laboratoire

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

## Services transfusionnels

- Services transfusionnels

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.7 L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
2.3 Les lieux de travail dans l'organisme sont conformes aux recommandations du fabricant quant à l'utilisation des appareils et des réactifs servant aux fins des ADBD.	
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'ADBD.	!
5.11 L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fabricants et les fournisseurs d'appareils servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
6.7 L'organisme entrepose les réactifs et le matériel servant aux ADBD dans des conditions ambiantes adéquates.	!
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.	!
8.2 L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention. 8.2.1 Celui qui effectue une ADBD utilise au moins deux identificateurs de client avant d'effectuer une ADBD.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.7 Celui qui effectue une ADBD porte de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément à la PON de l'organisme.	!
8.8 Celui qui effectue une ADBD enlève l'ÉPI avant de quitter la zone d'analyse.	
8.13 L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!

9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.2	Avant de communiquer les résultats des analyses, celui qui effectue une ADBD vérifie si les résultats sont conformes aux critères d'acceptabilité établis.	
9.3	Celui qui effectue une ADBD explique clairement le résultat de l'ADBD au client et lui remet un rapport écrit.	
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
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.	
10.12	L'organisme dispose d'un protocole pour remédier aux événements indésirables liés aux ADBD ainsi qu'aux rappels d'appareils, de réactifs ou de matériel servant aux ADBD.	!

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

### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées


L'offre de service des analyses de laboratoire délocalisées (ABBD) du laboratoire du CISSS de la Côte-Nord point de service de Port-Cartier comprend les glucomètres portatifs, les bandelettes urinaires, les tests de grossesse urinaires et l'amniotest. Un comité des ABBB supervise avec succès tous les aspects du programme des ABBB. Ce comité multidisciplinaire est bien adapté aux besoins de la clientèle de Port-Cartier notamment pour l'urgence, les soins de longue durée, le service à domicile, les écoles et les GMF. Un comité intérimaire ABBB devrait reprendre ses activités afin de maintenir les acquis et réviser la sécurité de l'amniotest comme un choix de la trousse, la pertinence du test et l'utilité clinique d'un test à très faible volume. Un biochimiste de Sept-Îles supervise les activités scientifiques du comité et les activités de gestion de la qualité. Des techniciennes de Port-Cartier assurent l'implantation locale et la supervision des sites locaux. La communication entre les établissements est excellente.

L'offre de services en ABBB de Port-Cartier est adaptée aux besoins de la clientèle. Les cliniciens et les infirmières sont très satisfaits des services ABBB mis à leur disposition, du service à la clientèle et du support rapide sur les différents points de services.

Le parc d'équipement de glucomètres sera révisé avec l'acquisition de nouveaux appareils dont le déploiement est prévu prochainement.

Un système de gestion intégré de la qualité devrait être élaboré pour les ABBB, mis en place et audité régulièrement. L'uniformisation des outils et processus est déjà très avancée et le succès du programme régional des ABBB pourrait servir de modèle pour la mise à jour des autres services de laboratoire. L'implantation rapide, efficace et sécuritaire du programme ABBB doit être souligné comme un accomplissement majeur des laboratoires régionaux et local de Port-Cartier. Félicitations à toute l'équipe !

3.2.2 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments</b>	
1.5 L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme. 1.5.7 L'organisme effectue une vérification de la conformité en ce qui concerne la « liste d'éléments à proscrire » et apporte des changements aux processus en fonction des problématiques cernées.	 <b>SECONDAIRE</b>
1.8 L'organisme élabore une politique pour gérer les pénuries de médicaments.	
5.3 L'organisme évalue l'efficacité de ses activités de formation relatives à la gestion des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
7.4 Si l'organisme utilise des ensembles de modèles d'ordonnance standard, un processus est en place pour les revoir régulièrement.	
14.1 Les prestataires de services offrent aux usagers ou aux résidents, et aux familles de l'information sur les médicaments de l'usager ou du résident et notent au dossier le fait que l'information a été fournie.	!
14.4 Les prestataires de services informent les usagers ou les résidents, et les familles de la façon de réduire les erreurs liées aux médicaments.	!
23.2 L'organisme effectue régulièrement des vérifications spécifiques de son mécanisme de gestion des médicaments.	
23.3 L'organisme assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	
23.4 L'organisme 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 en temps opportun.	
23.5 L'organisme communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.	

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

**Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments**

Les services de pharmacie sont assurés par le partage de ressource pharmacienne avec le CSSS de Sept-Îles. Une assistante technique est présente dix heures par semaine. Les rôles et responsabilités sont clairement définis pour ces intervenants. Le processus de sélection, d'achat, de préparation et de livraison des médicaments est assuré par le CSSS de Sept-Îles.

Plusieurs actions ont été faites pour améliorer la qualité et la sécurité dans le processus de gestion des médicaments. Deux cabinets sont en place, un à l'urgence et l'autre à l'unité d'hébergement. Le contenu en est vérifié de façon régulière ce qui assure la destruction des médicaments périmés ainsi que la réévaluation de la pertinence d'ajout ou de retrait de certains médicaments.

Les médicaments à niveau de risque élevé sont identifiés à l'aide d'un repère visuel. Des mesures de vérification supplémentaire sont en place. L'étiquetage des médicaments est fait avec clarté et précision. Un seul type de pompe à perfusion est utilisé. Le nouveau personnel est formé à l'embauche et des sessions de formation continue sont offertes au personnel en cours d'emploi.

Les chariots de distribution sont munis de systèmes de verrouillage. Ils sont rangés au poste des infirmières après utilisation, à l'abri du va-et-vient des usagers et des visiteurs.

Les médecins ainsi que le personnel infirmier mentionnent la facilité d'accès à un pharmacien pour répondre aux questions ou obtenir de l'information en lien avec le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Les indicateurs de processus et de résultats n'ont pas été identifiés par le service de pharmacie. L'organisme est encouragé à mettre en place cette démarche afin de cibler des mesures d'amélioration, et ce, en collaboration avec le personnel concerné. Dans le même ordre d'idées, l'organisme est invité à mettre en œuvre des stratégies afin de s'assurer le maintien et la conformité des pratiques de la gestion des médicaments. Par exemple, de procéder à des audits sur l'utilisation des abréviations dangereuses.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
2.5 Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement la structure et le fonctionnement du programme de prévention et de contrôle des infections et y apporte des améliorations, au besoin.	
4.7 L'organisme vérifie la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections et apporte des améliorations à celles-ci en se servant des résultats qui découlent de cette vérification.	
14.1 L'organisme dispose d'un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!
14.3 L'organisme consulte le personnel, les prestataires de services, les bénévoles, les usagers et les familles au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections.	

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

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

Une infirmière assume la fonction de conseillère en prévention et contrôle des infections (PCI) à raison d'une journée et demie par semaine. Un comité interdisciplinaire en prévention et contrôle des infections se réunit selon un calendrier de rencontres. Les sujets à l'ordre du jour des rencontres du comité traitent davantage de situations ponctuelles survenues dans les différents secteurs. L'équipe est encouragée à élaborer des objectifs annuels, à définir des indicateurs et à mesurer les résultats annuellement.

Même si l'établissement, par sa mission, n'est pas tenu de participer au programme de surveillance provincial des infections nosocomiales, la rigueur au suivi des éclosions et la mise en place de mesures de précaution additionnelles avant la confirmation de contamination sont remarquables. À cet égard, les équipes sont félicitées pour leur pro activité.

Le programme de prévention et contrôle des infections a été revu et mis à jour en fonction des données probantes et des lignes directrices. Le programme est disponible sur toutes les unités de vie. Des affiches concernant les mesures à prendre lorsque l'usager est contaminé datent de plusieurs années. L'organisme est invité à revoir les consignes afin de préciser les directives et ainsi éviter les risques chez l'usager et le personnel.

L'infirmière en prévention et contrôle des infections est impliquée lors des travaux de rénovation. Une politique est élaborée à cet égard. Cette pratique pourrait être intégrée dans le programme de PCI pour en assurer la pérennité et l'évaluation de l'application.

Les employés de l'entretien ménager ont l'information nécessaire pour travailler de façon sécuritaire auprès de la clientèle. Un tableau indiquant les mesures à prendre lors de contact avec un usager contaminé est





placé sur leur chariot de travail. Les consignes sur les produits à utiliser sont également disponibles. La responsabilité de la désinfection du matériel communément appelé zone grise demeure ambiguë. L'organisme est invité à identifier le matériel, à désigner le responsable, à identifier la solution à utiliser de même que la fréquence.

L'organisme est invité à mettre en oeuvre un processus pour que les rapports d'inspection du service alimentaire, qui sont faits par des organismes externes, soient acheminés à l'infirmière en PCI afin de s'assurer que des correctifs visant les risques de contamination soient mis en place

L'audit le plus récent sur l'observance de l'hygiène des mains remonte en 2013. L'équipe est invitée à se doter de mécanismes plus fréquents pour la vérification de la conformité des pratiques en prévention des infections.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
1.6 L'équipe établit des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'usagers vers d'autres établissements ainsi qu'au nombre d'usagers qui quittent le service sans avoir été vus.	
5.12 Le placement de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe des urgences.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.5 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
5.9 L'équipe reçoit de la formation et du soutien pour travailler auprès d'usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
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).	
9.3.1 L'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit de concert avec l'usager, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'usager.	PRINCIPAL
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'utilisateur 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'utilisateur prend.	PRINCIPAL
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
15.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent au service des urgences.	!
15.2	L'équipe examine ses lignes directrices afin de s'assurer qu'elles sont à jour et conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	!
15.3	Le processus d'examen des lignes directrices de l'équipe comprend la sollicitation des membres de l'équipe en vue d'obtenir leurs commentaires sur l'applicabilité des lignes directrices et leur facilité d'utilisation.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
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.	
16.3.1	L'équipe a mis en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
16.3.2	La stratégie cerne les populations qui présentent des risques de chute.	PRINCIPAL
16.3.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
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
17.12	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.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		

## Processus prioritaire : Direction clinique

Les membres de l'équipe connaissent bien la population desservie. Les informations recueillies sur les besoins, les motifs de consultation ont généré la mise en place de la clinique externe ainsi que la création de postes d'infirmière et le service courant ouvert 7 jours sur 7.

Les ententes de services sont majoritairement établies avec l'Hôpital de Sept-Îles. Selon la spécialité, les délais varient pour l'accès au service.

L'urgence a cinq civières pour les usagers, la durée maximale prévue pour un séjour est de 48 heures. Occasionnellement, la durée est dépassée compte tenu de la capacité de Sept-Îles à recevoir les usagers.

Une salle pour l'isolement respiratoire permet l'attente pour les usagers avant d'être qu'ils soient vus par le médecin. Le service de l'urgence dispose d'une salle à pression négative bien aménagée.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire se réunit de façon ponctuelle lors de situation clinique problématique. Il n'y a pas de fréquence de rencontres planifiées avec les différents intervenants psychosociaux et de réadaptation. Ceux-ci sont sollicités au besoin. L'établissement est invité à mettre en place un mécanisme afin de bien coordonner les services offerts par les membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi que de procéder à l'évaluation de son mode de fonctionnement.

Un programme d'orientation spécifique au service de l'urgence est en place pour les nouveaux employés. La formation sur les pompes à perfusion est dispensée à l'orientation et de façon continue. La mise à jour de la formation sur le RCR est faite aux deux ans.

Les tâches cléricales ainsi que d'assistance aux usagers sont assumées par les infirmières. Dans l'optique d'optimiser le rôle des professionnels et l'utilisation efficiente des ressources, l'établissement est invité à revoir la structure et le mode de fonctionnement de l'équipe.

Au cours des deux dernières années, les membres de l'équipe ont été rencontrés par la gestionnaire pour l'appréciation de la contribution.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de l'urgence dispose de locaux spacieux avec des aires de services bien définies, ce qui favorise le respect de l'intimité, de la confidentialité et la sécurité des usagers.

À la suite de commentaires reçus lors de la dernière visite d'agrément, l'équipe a modifié ses façons de faire. Les usagers sont vus d'abord au triage avant d'aller s'inscrire.

L'échelle de triage ETG est utilisée et les réévaluations sont effectuées selon le niveau de priorité.

Des indicateurs de résultats, dont le délai d'attente, les usagers qui quittent l'urgence sans avoir vu un médecin, le nombre d'incidents et accidents ont été identifiés. L'équipe est invitée à partager ces résultats avec les membres de l'équipe, les usagers, familles et collègues.

L'équipe a accès à du matériel de réanimation pour la clientèle pédiatrique. L'organisme est encouragé à regrouper le matériel, et les médicaments dans un chariot dédié à cette clientèle afin d'améliorer la sécurité des enfants.

L'équipe de travail est dynamique et il règne un climat de travail de collaboration professionnelle entre l'équipe médicale et l'équipe de soins infirmiers.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel a accès au dossier de l'utilisateur en tout temps. Les espaces de travail permettent d'assurer la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels des usagers.

Les membres du service de l'urgence utilisent des technologies de l'information qui influent sur les soins dispensés aux usagers. Les politiques, les procédures et les ordonnances collectives sont accessibles sur le Favori Réseau. Le système clinibase ainsi que le Stat Urg sont également utilisés.

L'organisme est encouragé à mettre en place un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes et de s'assurer les mises à jour.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La réévaluation des usagers en salle d'attente est réalisée selon les normes.

L'organisme est invité à donner la formation sur l'intervention auprès des usagers agressifs, atteints de problème de santé mentale ou de toxicomanie à tout le personnel de l'urgence pour réduire les risques chez les employés.

L'évaluation du risque de chute et de blessures associées n'est pas systématisée. La clientèle âgée de 65 ans et plus est identifiée à l'aide de l'outil Prisma 7 au triage. Cependant, les informations recueillies ne font pas l'objet d'un plan d'intervention et d'un suivi spécifique au service de l'urgence.

Pour le volet gestion des risques, les événements sont déclarés et la divulgation est faite à l'utilisateur ou sa famille. Les causes ainsi que les correctifs à apporter sont discutés de façon ponctuelle. Une analyse des tendances et des causes les plus fréquentes pourrait soutenir les intervenants pour leur processus d'amélioration de la qualité. L'ajout de cabinet a contribué à réduire les erreurs reliées à la médication. Le BCM n'est pas implanté à l'urgence. Les critères n'ont pas été identifiés pour la clientèle inscrite.

Les usagers rencontrés se sont dits très satisfaits des services rendus par le personnel de l'urgence. Le personnel est félicité pour son professionnalisme, son engagement et sa préoccupation à offrir des soins et des services de qualité.

### Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Il n'y a aucun prélèvement d'organes ou de tissus à Port-Cartier. Tous les cas sont dirigés vers l'Hôpital de Sept-Îles.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
12.2 L'équipe évalue si elle se conforme aux délais établis concernant l'interprétation des résultats de l'imagerie diagnostique, et apporte des améliorations, s'il y a lieu.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
<p>Les services d'imagerie diagnostique du CSSS de Port-Cartier disposent d'une salle de graphie générale équipée d'un système Pacs. Quatre technologues en imagerie médicale dont une chef de service à temps complet, deux technologues à temps partiel travaillant 21 heures semaine et une technologue occasionnelle en provenance de Sept-Îles réalisent quelque 7000 examens annuellement.</p> <p>Les services sont opérationnels de 8 heures à 22 heures la semaine et de 8h30 à 15h30 les fins de semaine. Une technologue est aussi disponible sur appel pour les urgences entre ces heures d'opération. Tous les examens sont réalisés sans rendez-vous, il n'existe donc pas de liste d'attente et les délais d'attente sur place sont minimes. Les délais les plus longs peuvent atteindre une heure.</p> <p>Les services sont sous l'autorité des radiologistes du département d'imagerie médicale du CSSS de Sept-Îles.</p> <p>Les médecins-prescripteurs sont impliqués avec la chef technologue pour faire la révision des demandes d'examens afin d'en évaluer la pertinence et de respecter les priorités en fonction de l'horaire des demandes d'examens.</p> <p>L'implantation du CISSS de la Côte-Nord permettra d'améliorer les communications entre les professionnels de l'imagerie et l'intégration entre les sites des installations.</p>	

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
3.3 L'équipe s'assure que les résultats des analyses effectuées par les laboratoires sous-traitants sont remis à l'utilisateur de laboratoire en temps opportun et de façon adéquate.	
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.	
7.6 Les locaux dont dispose le laboratoire pour la conservation des dossiers et autres activités d'ordre administratif sont séparés de ceux qui servent avant et pendant les analyses.	
8.1 Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	!
8.2 La disposition des locaux dans le laboratoire prévient la contamination croisée par la séparation de certaines activités incompatibles.	!
8.3 La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	!
8.4 L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	!
9.1 L'équipe dispose du matériel nécessaire pour maintenir les conditions ambiantes appropriées dans les réfrigérateurs et d'autre équipement critique.	
10.3 L'équipe dispose de directives pour la mise en oeuvre des lois, de règlements et de normes de pratique applicables, et elle explique où aller pour obtenir des renseignements supplémentaires ou de la formation à ce sujet.	!
10.4 L'équipe dispose d'un processus pour faire le suivi de la mise à jour des lois, des règlements et des normes de pratique applicables.	
10.5 L'équipe surveille dans quelle mesure il respecte les lois, les règlements et les normes de pratique, et elle apporte des améliorations à ses directives ou aux activités de formation, au besoin.	!
11.1 L'équipe dispose d'un processus pour élaborer des PON claires et précises qui sont conformes aux règlements applicables et aux normes de pratique pour les services de laboratoire.	

11.4	L'équipe dispose d'un processus pour revoir et approuver les révisions apportées aux PON.	
11.5	L'équipe offre de l'information ou de la formation avant d'instaurer les nouvelles PON ou celles qui ont été modifiées, au besoin.	
11.6	L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
13.2	L'équipe choisit de l'équipement qui peut être nettoyé et désinfecté facilement.	!
14.2	L'équipe nettoie et désinfecte régulièrement l'équipement, et elle le protège lorsqu'il n'est pas utilisé.	
16.5	L'équipe suit des directives sur la façon d'appliquer les fiches signalétiques du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) qui sont propres aux services de laboratoire.	!
20.1	L'équipe suit les PON pour le transport sécuritaire et confidentiel des échantillons reçus au laboratoire et de ceux qu'il achemine, conformément aux lois et règlements applicables.	!
20.5	L'équipe suit une PON pour la manipulation sécuritaire des échantillons qui coulent ou des formulaires de requête contaminés.	!
23.6	L'équipe suit les processus établis pour les rapports provisoires et finaux, de même que pour les résultats provenant de laboratoires sous-traitants et de consultants.	
26.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation et de formation ainsi que des programmes d'évaluation.	!
26.5	L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!
27.3	L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.4	L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.	!
27.5	L'équipe détecte, déclare, consigne et analyse en temps opportun les événements indésirables et les événements sentinelles conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.6	L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
28.4	L'équipe tient compte des directives relatives aux meilleures pratiques lorsqu'elle adopte de nouvelles technologies.	!



28.6	L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par Santé Canada et les organismes de réglementation provinciaux, et y accorder un suivi.	!
29.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!
29.2	L'équipe définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur la qualité.	!
29.4	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
29.5	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.	
29.6	L'équipe évalue régulièrement l'utilisation de ses services et se sert des résultats de l'évaluation pour se renseigner sur l'utilisation des services de laboratoires.	
29.7	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
29.8	L'organisme conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
29.9	L'organisme recueille des données nouvelles ou déjà existantes pour établir une base pour chaque indicateur.	
29.10	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
29.11	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.	!
29.12	Dans le cadre du système de gestion de la qualité, l'équipe évalue les services grâce à des contrôles internes, à des évaluations et à des processus d'amélioration.	!
29.13	L'équipe cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, puis elle met en oeuvre et surveille des plans en vue d'instaurer des mesures préventives et correctives.	!
29.14	L'équipe donne suite à tout rapport ou à toute recommandation provenant d'un organisme reconnu.	!
29.15	L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!

- |       |  |
|-------|--|
| 29.16 | 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. |
| 29.17 | 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 - Laboratoire

Le laboratoire du CISSS de la Côte-Nord point de service de Port-Cartier est situé dans le bâtiment principal au premier étage à proximité de l'urgence et du centre de prélèvements. Le personnel du laboratoire est composé de 4TC, 1 TP et 1 TPO. Une assistante-chef technologiste supervise les activités sous la direction administrative de la directrice du laboratoire. La direction scientifique du laboratoire est assumée par un biochimiste à temps partiel de 4 visites par année et est épaulée par un microbiologiste avec une visite par année. Les professionnels de laboratoire peuvent être rejoints en tout temps par téléphone et par courriel.

L'offre de services du laboratoire est adaptée aux besoins de la clientèle de l'urgence, des soins prolongés, des services à domicile et du GMF. Les tests de laboratoire spécialisé sont acheminés au laboratoire de Sept-Îles ou dans le corridor de service selon les ententes en vigueur pour les tests régionaux, suprarégionaux et provinciaux. Les cliniciens et les infirmières sont très satisfaits des services de laboratoire qui sont bien adaptés à leurs besoins cliniques, mentionnent l'excellence du service à la clientèle et du temps réponse rapide pour obtenir les résultats d'analyses.

Le parc d'équipement est bien adapté à l'offre de services, le système informatique de laboratoire (SIL) est bien implanté et est apprécié par les technologistes et les cliniciens.

La santé et la sécurité au laboratoire sont manquantes, car les produits chimiques dangereux comme les explosifs et les produits inflammables doivent être remisés dans une enceinte appropriée, les aires propres et contaminées doivent être mieux définies, les équipements de protection personnelle (ÉPP) doivent être utilisés lorsque requis. L'accès à des stations de lavage des mains devrait être amélioré, l'entretien ménager doit être effectué selon les normes du MSSS et les bouches de ventilation doivent être nettoyées régulièrement.

Le système de transport des échantillons interne doit être mis à jour selon les normes en vigueur et l'accès au laboratoire restreint avec un accès aux clés du laboratoire limité au personnel essentiel.

Les procédures de laboratoire normalisées (PON) devraient être révisées en tenant compte des meilleures pratiques de laboratoire et des pratiques exemplaires, et ce, pour tous les secteurs du laboratoire. Un accès à la documentation récente de laboratoire est souhaitable (Normes CLSI, textbook de biochimie et microbiologie) afin de supporter les technologistes dans la résolution de problèmes quotidiens.

Un système de gestion intégré de la qualité devrait être élaboré, mis en place et audité régulièrement. Le support des professionnels de laboratoire sera un élément clé du succès de la mise à jour du programme de qualité du laboratoire. Une culture de la mesure devrait être implantée.

La chef technicienne de laboratoire nécessitera un soutien accru administratif et scientifique afin d'implanter un système intégré de gestion de la qualité robuste, efficace et répondant aux normes en

vigueur. Les rôles et responsabilités de chaque membre de la direction du laboratoire devront être revus en fonction des objectifs de qualité, de santé et de sécurité et de performance définie dans les normes. Une meilleure intégration du laboratoire dans les diverses structures existantes de l'organisation est souhaitable en particulier sur le comité de santé et sécurité au travail, la gestion de la qualité, la prévention des infections et l'entretien ménager

Une approche LEAN/Six Sigma pourrait être utile afin d'optimiser les processus du laboratoire en portant une attention particulière aux impacts possibles sur les services à la clientèle et le maintien de standards élevés de qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
3.4 L'équipe met en place des processus et des procédures normalisés afin de favoriser le travail en équipe et de réduire au minimum le chevauchement des tâches.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
10.1 L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes destinées aux populations de la communauté.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
12.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>En collaboration avec ses partenaires communautaires, l'équipe crée des services fondés sur les besoins de la communauté et coordonne les services tout au long du continuum de soins.</p> <p>L'organisme collabore avec les membres de la communauté afin d'élaborer des politiques en matière de santé et de promouvoir la santé de la communauté.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>Les membres de l'équipe interdisciplinaire communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités, et pour améliorer les processus et les services.</p> <p>L'équipe offre à tous les nouveaux membres, incluant les partenaires communautaires, une formation sur les rôles et les responsabilités, sur les objectifs de l'équipe ainsi que sur l'organisme dans son ensemble.</p>	

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services communautaires fournis par l'équipe comprennent un réseau d'acheminement permettant d'orienter les membres de la communauté vers les services les plus appropriés.

L'équipe explique aux membres de la communauté ce qu'ils peuvent attendre des autres services dans la communauté.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Le processus d'examen des lignes directrices de l'équipe comprend la sollicitation du personnel et des prestataires de services sur l'applicabilité des lignes directrices et sur leur facilité d'utilisation.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, 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.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins de longue durée.	
4.13 L'accueil de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe de soins de longue durée.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.7 L'équipe suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
3.4 L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
14.3 Dans le cadre de l'orientation et sur une base continue, l'équipe reçoit du perfectionnement et de la formation sur la prestation de soins palliatifs et de soins de fin de vie de qualité.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
18.1 L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de soins de longue durée.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
18.4 L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
20.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
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.	

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme utilise l'information recueillie au sujet des résidents et de la communauté pour déterminer quels services seraient appropriés d'offrir et de dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de santé sont décelés.

Les membres du personnel et les prestataires de services ont la possibilité d'exprimer leur opinion en ce qui concerne l'organisation du travail, y compris en ce qui concerne la définition de leur rôle et de leurs responsabilités.

### Processus prioritaire : Compétences

L'organisme dispose d'espaces de travail appropriés et spacieux à l'unité de soins et services de longue durée pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.

Les membres de l'équipe communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités

Le personnel d'encadrement de l'équipe évalue régulièrement l'efficacité de l'affectation du personnel et les besoins de l'équipe, puis utilise les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme fournit aux résidents potentiels, aux familles, aux prestataires de services et aux organismes qui acheminent des résidents de l'information sur l'organisme et sur les services.

L'équipe évalue la santé du résident au moyen d'une approche holistique qui tient compte des besoins d'ordre physique, psychologique, spirituel et social du résident.

L'équipe ne reçoit pas de formation sur la prestation de soins en soins palliatifs et en soins de fin de vie, bien qu'une formation faisait partie des plans de l'agence régionale de la Santé. La gestionnaire de l'équipe se propose de reprendre ce projet avec la direction du nouveau CISSS.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les services de soins de longue durée sont fournis dans une unité de soins de 23 lits par du personnel multidisciplinaire dont le plan de travail et les responsabilités sont saisis sur le réseau informatique du CSSS et sont fondés au modèle de Clinibase.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats


L'équipe informe et forme les résidents et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.

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

3.2.9 Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
6.4 L'équipe s'assure que les aires de travail sont propres.	!
6.6 L'équipe se conforme à des procédures de sécurité à l'égard des produits biologiques, y compris des précautions universelles, lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques.	!
6.7 L'équipe respecte les politiques et procédures de l'organisme sur la prévention des infections pour assurer la sécurité des membres de l'équipe et des usagers, et pour prévenir la contamination du matériel.	!
6.8 L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	!
7.2 L'équipe choisit de l'équipement qui peut être nettoyé et aseptisé facilement.	!
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.	
25.6 L'équipe conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.	!
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.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	

L'offre de service de la banque de sang du laboratoire du CISSS de la Côte-Nord point de service de Port-Cartier demeure inchangée depuis la dernière visite d'agrément de 2012 : Port-Cartier est un centre affilié, Sept-Îles un centre associé et L'Enfant Jésus le centre désigné. Le laboratoire de Port-Cartier effectue le prélèvement de sang qui sera acheminé à Sept-Îles pour effectuer les tests de compatibilités et prépare les produits sanguins et dérivés requis par Port-Cartier et assure un transport rapide et sécuritaire respectant les normes en vigueur. L'hématologiste de Sept-Îles valide la préparation des produits et dérivés sanguins qui seront acheminés à Port-Cartier. Le Bériplex est le seul dérivé sanguin préparé sur place à Port-Cartier. L'hématologiste de Sept-Îles est disponible en tout temps pour offrir un soutien clinique à la banque de sang de Port-Cartier et aux cliniciens. La chargée de sécurité transfusionnelle, basée à Sept-Îles, offre un service courtois, professionnel et en temps opportun à la banque de sang de Port-Cartier. La communication entre les établissements est excellente.


L'offre de services de la banque de sang de Port-Cartier est adaptée aux besoins de la clientèle de l'urgence et des soins prolongés. Aucune transfusion n'est effectuée à domicile. Les cliniciens et les infirmières sont très satisfaits des services de la banque de sang avec un délai de livraison de produits sanguins en urgence de quelques heures.

Le parc d'équipement de la banque de sang se limite à un frigidaire pour conserver les produits sanguins labiles et est conforme aux normes en vigueur.

Le système de transport des produits sanguins labiles respecte les normes en vigueur. La majorité des procédures de la banque de sang de Port-Cartier ont été élaborées à Sept-Îles, sont à jour et bien implantées sur les unités de soins.

Un système de gestion intégré de la qualité devrait être élaboré pour les services transfusionnels, mis en place et audité régulièrement. L'uniformisation des outils favoriserait et le support des professionnels des services transfusionnels régionaux laboratoire sera un élément clé du succès de la mise à jour du programme de qualité du laboratoire. Une culture de la mesure devrait être implantée.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
2.3 Les buts et les objectifs de l'organisme sont mesurables et précis.	
3.4 L'organisme élabore des procédures pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
6.5 L'information sur les services fournie aux clients, aux familles et aux organismes qui acheminent des clients, est facile à comprendre et accessible dans plusieurs langues, le cas échéant, ainsi que par écrit (par exemple, sous forme de brochure).	!
14.3 Le processus de revue des guides de l'organisme englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.8 L'organisme suit un processus pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
8.6 L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	
8.6.1 L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
8.6.2 L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
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.	

14.5	L'organisme transmet de l'information sur les pratiques exemplaires à ses partenaires et à d'autres organismes, au besoin.	
15.1	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, 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.	
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.	

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme utilise l'information recueillie au sujet des clients et de la communauté pour définir l'étendue des services offerts et dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de services sont décelés. Les buts et les objectifs de l'organisme pour les soins et services à domicile ne sont pas tous mesurables et précis.

### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel du CSSS de Port-Cartier qui est affecté aux soins et services à domicile est compétent et il est bien formé et il peut compter sur un soutien efficace du corps médical qui se rend lui aussi au chevet des malades à domicile.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'ensemble du personnel clinique de l'organisme travaille en collaboration avec les gestionnaires de cas de leurs clients, au besoin, pour vérifier si les clients atteignent les buts de leur traitement et il utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent les clients d'atteindre leurs buts.

Les membres du personnel savent avec qui communiquer pour obtenir des conseils, du soutien ou pour aborder un problème lorsqu'ils sont de service.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme offre des soins et services à domicile qui sont conformes aux données probantes et qui comprennent même une participation active des médecins qui peuvent se déplacer avec les infirmières et les autres professionnels de la santé pour visiter les clients à domicile.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Bien que le CSSS de Port-Cartier donne des soins et services à domicile de qualité et sécuritaire pour sa clientèle, il est invité à partager les mesures précises de ses indicateurs de performance et à les diffuser à son personnel, à sa clientèle, à ses partenaires et à la population en général.

## 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 Côte-Nord, point de service Port-Cartier 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	76,84	73,80	79,88	76,54	71,51	80,72
JAUNE	Implication	78,57	75,64	81,49	76,94	72,12	81,72
JAUNE	Collaboration	76,97	73,55	80,38	78,04	71,69	82,51
JAUNE	Soutien	69,62	65,79	73,45	69,77	61,59	75,76
JAUNE	Communication	67,58	63,27	71,89	68,38	59,64	74,82
JAUNE	Leadership organisationnel	62,04	57,56	66,52	62,76	51,56	71,41
JAUNE	Leadership du gestionnaire	70,80	65,05	76,55	77,11	69,68	82,10
JAUNE	Environnement de travail/sécurité	71,91	68,26	75,56	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 Port-Cartier à celui observé dans d'autres établissements

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	Relation avec le client	85,09	74,31	95,87	85,47	84,46	88,41
JAUNE	Prestation professionnelle	85,79	79,00	92,58	82,64	80,80	86,52
JAUNE	Organisation des services	82,43	73,67	91,19	81,93	80,63	86,35

Clientèle CH et CLSC :

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

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	Relation avec le client	92,10	91,12	93,08	91,27	89,83	92,96
JAUNE	Prestation professionnelle	87,63	86,33	88,93	87,91	86,02	90,08
JAUNE	Organisation des services	85,30	83,99	86,60	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.