

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles

Sept-Îles, QC

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 février 2014

Date de production du rapport : 20 mars 2014



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

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

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

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles (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 février 2014. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

Confidentialité

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

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

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

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

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke
Président

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Sommaire | 1 |
| 1.1 Décision relative au type d'agrément | 1 |
| 1.2 Au sujet de la visite d'agrément | 2 |
| 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité | 4 |
| 1.4 Analyse selon les normes | 5 |
| 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises | 7 |
| 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs | 16 |
| 2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises | 18 |
| 3.0 Résultats détaillés de la visite | 19 |
| 3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires | 20 |
| 3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services | 20 |
| 3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance | 22 |
| 3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources | 23 |
| 3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain | 24 |
| 3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité | 26 |
| 3.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | 27 |
| 3.1.7 Processus prioritaire : Communication | 28 |
| 3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique | 29 |
| 3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence | 30 |
| 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients | 31 |
| 3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux | 32 |
| 3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services | 34 |
| 3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments | 35 |
| 3.2.2 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées | 38 |
| 3.2.3 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer | 41 |
| 3.2.4 Ensemble de normes : Prévention des infections | 43 |
| 3.2.5 Ensemble de normes : Prévention des infections | 45 |
| 3.2.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique | 47 |
| 3.2.7 Ensemble de normes : Services d'obstétrique | 49 |
| 3.2.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux | 51 |
| 3.2.9 Ensemble de normes : Services de médecine | 54 |
| 3.2.10 Ensemble de normes : Services de réadaptation | 56 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.11 Ensemble de normes : Services de santé communautaire | 58 |
| 3.2.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale | 60 |
| 3.2.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients | 63 |
| 3.2.14 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée | 66 |
| 3.2.15 Ensemble de normes : Services des urgences | 68 |
| 3.2.16 Ensemble de normes : Services transfusionnels | 70 |
| 3.2.17 Ensemble de normes : Soins ambulatoires | 72 |
| 3.2.18 Ensemble de normes : Soins et services à domicile | 75 |
| 3.2.19 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales | 78 |
| 4.0 Résultats des outils d'évaluation | 79 |
| 4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance | 79 |
| 4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients | 83 |
| 4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur | 85 |
| 4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément) | 86 |
| 4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément) | 88 |
| Annexe A Processus prioritaires | 90 |

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 Sept-Îles (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 février 2014**

- **Emplacement**

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

- 1 Centre de santé et des services sociaux

- **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 Normes sur la gouvernance

Normes sur l'excellence des services

- 3 Normes relatives aux salles d'opération
- 4 Services de chirurgie
- 5 Services des urgences
- 6 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 7 Soins et services à domicile
- 8 Soins ambulatoires
- 9 Services de santé communautaire
- 10 Services d'imagerie diagnostique
- 11 Services de soins de longue durée
- 12 Services de médecine
- 13 Services de réadaptation
- 14 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 15 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 16 Services d'obstétrique
- 17 Services de santé mentale
- 18 Services transfusionnels
- 19 Services de laboratoires biomédicaux
- 20 Gestion des médicaments
- 21 Prévention des infections
- 22 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

| Dimension de la qualité | Conforme | Non Conforme | S.O. | Total |
|--|-------------|--------------|-----------|-------------|
|  Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.) | 94 | 2 | 0 | 96 |
|  Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.) | 113 | 4 | 4 | 121 |
|  Sécurité (Assurer la sécurité des gens.) | 647 | 38 | 35 | 720 |
|  Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.) | 184 | 11 | 1 | 196 |
|  Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.) | 231 | 15 | 5 | 251 |
|  Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.) | 80 | 2 | 2 | 84 |
|  Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.) | 963 | 56 | 20 | 1039 |
|  Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.) | 76 | 2 | 0 | 78 |
| Total | 2388 | 130 | 67 | 2585 |

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 la gouvernance | 42 (95,5%) | 2 (4,5%) | 0 | 34 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 76 (97,4%) | 2 (2,6%) | 0 |
| Normes sur le leadership | 44 (95,7%) | 2 (4,3%) | 0 | 73 (85,9%) | 12 (14,1%) | 0 | 117 (89,3%) | 14 (10,7%) | 0 |
| Prévention des infections | 46 (95,8%) | 2 (4,2%) | 5 | 42 (97,7%) | 1 (2,3%) | 1 | 88 (96,7%) | 3 (3,3%) | 6 |
| Gestion des médicaments | 63 (91,3%) | 6 (8,7%) | 9 | 46 (76,7%) | 14 (23,3%) | 4 | 109 (84,5%) | 20 (15,5%) | 13 |
| Les normes sur les analyses de biologie délocalisées | 32 (84,2%) | 6 (15,8%) | 0 | 33 (71,7%) | 13 (28,3%) | 2 | 65 (77,4%) | 19 (22,6%) | 2 |
| Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer | 46 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 98 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 144 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 |
| Normes relatives aux salles d'opération | 69 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 29 (96,7%) | 1 (3,3%) | 0 | 98 (99,0%) | 1 (1,0%) | 0 |
| Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables | 36 (94,7%) | 2 (5,3%) | 2 | 48 (84,2%) | 9 (15,8%) | 2 | 84 (88,4%) | 11 (11,6%) | 4 |

PROGRAMME CONJOINT

| Ensemble de normes | Critères à priorité élevée * | | | Autres critères | | | Tous les critères (Priorité élevée + autres) | | |
|--|------------------------------|------------------|-----------|---------------------|------------------|-----------|--|-------------------|-----------|
| | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. |
| | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre |
| Services d'imagerie diagnostique | 63 (94,0%) | 4 (6,0%) | 0 | 58 (96,7%) | 2 (3,3%) | 1 | 121 (95,3%) | 6 (4,7%) | 1 |
| Services d'obstétrique | 63 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 75 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 138 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 |
| Services de chirurgie | 30 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 64 (98,5%) | 1 (1,5%) | 0 | 94 (98,9%) | 1 (1,1%) | 0 |
| Services de laboratoires biomédicaux | 62 (92,5%) | 5 (7,5%) | 2 | 92 (93,9%) | 6 (6,1%) | 0 | 154 (93,3%) | 11 (6,7%) | 2 |
| Services de médecine | 27 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 65 (94,2%) | 4 (5,8%) | 0 | 92 (95,8%) | 4 (4,2%) | 0 |
| Services de réadaptation | 22 (100,0%) | 0 (0,0%) | 5 | 56 (84,8%) | 10 (15,2%) | 2 | 78 (88,6%) | 10 (11,4%) | 7 |
| Services de santé communautaire | 12 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 | 55 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 67 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 |
| Services de santé mentale | 31 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 | 87 (98,9%) | 1 (1,1%) | 0 | 118 (99,2%) | 1 (0,8%) | 1 |
| Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients | 16 (94,1%) | 1 (5,9%) | 1 | 111 (99,1%) | 1 (0,9%) | 0 | 127 (98,4%) | 2 (1,6%) | 1 |
| Services de soins de longue durée | 24 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 71 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 | 95 (100,0%) | 0 (0,0%) | 1 |
| Services des urgences | 31 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 93 (97,9%) | 2 (2,1%) | 0 | 124 (98,4%) | 2 (1,6%) | 0 |
| Services transfusionnels | 67 (93,1%) | 5 (6,9%) | 8 | 63 (98,4%) | 1 (1,6%) | 2 | 130 (95,6%) | 6 (4,4%) | 10 |
| Soins ambulatoires | 34 (100,0%) | 0 (0,0%) | 4 | 67 (95,7%) | 3 (4,3%) | 5 | 101 (97,1%) | 3 (2,9%) | 9 |
| Soins et services à domicile | 32 (94,1%) | 2 (5,9%) | 6 | 50 (98,0%) | 1 (2,0%) | 1 | 82 (96,5%) | 3 (3,5%) | 7 |
| Total | 892 (96,0%) | 37 (4,0%) | 44 | 1410 (94,5%) | 82 (5,5%) | 21 | 2302 (95,1%) | 119 (4,9%) | 65 |

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité | | | |
| Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 3 sur 3 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Non Conforme | 5 sur 7 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services d'obstétrique) | Non Conforme | 1 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de chirurgie) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale) | Non Conforme | 2 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients) | Non Conforme | 0 sur 4 | 0 sur 1 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires) | Non Conforme | 0 sur 7 | 0 sur 0 |
| Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile) | Non Conforme | 0 sur 4 | 0 sur 1 |
| Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées) | Non Conforme | 0 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de chirurgie) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de médecine) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de réadaptation) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de santé mentale) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services des urgences) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services transfusionnels) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique) | Non Conforme | 0 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale) | Non Conforme | 0 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients) | Non Conforme | 0 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services d'obstétrique) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de chirurgie) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de médecine) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de réadaptation) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de santé mentale) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services des urgences) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Soins ambulatoires) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Soins et services à domicile) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments | | | |
| Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments | | | |
| Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 1 sur 1 |
| Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 0 sur 0 |
| Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership) | Conforme | 2 sur 2 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership) | Conforme | 3 sur 3 | 1 sur 1 |
| Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections | | | |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Processus de retraitement (Prévention des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Taux d'infection (Prévention des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 3 sur 3 |
| Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes | | | |
| Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique) | Non Conforme | 1 sur 3 | 0 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes | | | |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques | | | |
| Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de médecine) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention du suicide (Services de santé mentale) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques | | | |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine) | 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.

Les membres du conseil d'administration sont des personnes compétentes, ancrées dans leur communauté et très engagées pour le bien-être de leurs usagers. Il existe une bonne cohésion entre les membres du conseil. Ils ont un grand souci de rigueur et ils n'hésitent pas à demander de l'information supplémentaire pour mieux jouer leur rôle, s'ils en sentent le besoin. Ils distinguent leur rôle par rapport au directeur général et l'équipe de direction. Ils disposent d'outils pertinents entre autres, de tableaux de bord qui leur permettent de suivre l'atteinte des résultats de l'organisation et de prendre des décisions appropriées.

Le rétablissement de la situation financière de l'établissement constitue un défi majeur de même que la rétention du personnel et l'amélioration du climat organisationnel. Les membres du conseil en sont conscients et préoccupés. Ils souhaitent poursuivre l'amélioration de leur gouvernance en actualisant leur plan d'action issu de l'évaluation de leur fonctionnement.

L'établissement est bien ancré dans sa communauté. Il la connaît bien et adapte l'offre de services aux besoins de la population. L'exercice régional de mise en place des projets cliniques a favorisé la concertation, au profit des besoins de la clientèle. Le GMF (groupe de médecine familiale) est soucieux de s'associer à l'établissement et a compris l'importance de consolider la première ligne. La relation avec les partenaires est très bonne à tous les paliers de l'organisation qu'il s'agisse de la coordination des services ou d'échange d'informations. Des collaborations étroites sont établies avec les partenaires de la santé et des services sociaux. Ses alliances sont appelées à se développer.

La situation financière de l'établissement commande la nécessité de développer de nouvelles alliances afin de mieux répondre aux besoins de la population.

L'équipe en place est résiliente, constituée de personnes dévouées et qui partagent une même vision. L'équipe de direction, bientôt complète, permettra de bonifier et de renforcer son leadership pour faire face aux défis qui s'annoncent. Cette consolidation devra être accompagnée d'une révision des rôles. Il sera nécessaire de faire des choix pour concentrer les énergies sur un nombre limité de projets compte tenu de leurs envergures.

L'établissement devra poursuivre ses efforts d'intégration de la première et deuxième ligne pour renforcer les continuums de services au profit de la clientèle.

Les dirigeants de l'établissement reconnaissent l'envergure des défis relatifs à la gestion des ressources humaines. Toutefois, sur le terrain on constate que les équipes sont bien soudées.

Le CSSS a su développer des partenariats solides avec les milieux d'enseignement.

L'attraction et la rétention du personnel représentent un défi majeur. Les mécanismes de reconnaissance devront être renforcés à tous les paliers de l'organisation. La mobilisation du personnel constitue un enjeu majeur dans un contexte de redressement budgétaire. La cohérence doit exister entre la réalité budgétaire et la nécessité de préserver un milieu attrayant.

Les équipes se préoccupent d'offrir des soins et services de qualité et sécuritaires. De plus, les intervenants démontrent une grande ouverture à l'intégration des nouvelles pratiques.

Le milieu doit développer une approche proactive en regard de la sécurité et s'assurer qu'elle soit bien partagée, à la fois, entre les gestionnaires cliniques et les services de soutien. La continuité et l'intégration des services doivent être renforcées autant au sein de l'organisation que dans les relations avec les partenaires. L'établissement doit collaborer avec les partenaires pour développer le réseau local de services pour mieux répondre au besoin de la population et permettre à l'hôpital de se recentrer sur son rôle de soins actifs.

La clientèle rencontrée est satisfaite des services reçus. L'organisation doit s'assurer de bien interpréter les sondages sur la satisfaction de la clientèle et mettre en place des mesures d'amélioration.

Un plan de communication sur la promotion des services est à parfaire. Le contexte organisationnel actuel reflète, en partie, les résultats obtenus dans le sondage sur la mobilisation du personnel.

La désuétude des installations physiques peut aussi influencer la satisfaction des clients.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Ensemble de normes |
|---|---|
| But en matière de sécurité des patients : Communication | |
| <p>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité L'équipe informe et forme les personnes et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Services d'imagerie diagnostique 15.7 · Services de santé mentale 16.7 · Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 17.7 |
| <p>Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Les normes sur les analyses de biologie délocalisées 8.2 |
| <p>Bilan comparative des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Services de santé mentale 10.6 · Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4 · Soins et services à domicile 6.8 · Soins ambulatoires 8.4 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.15 · Services d'obstétrique 9.6 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes | |
| <p>Stratégie de prévention des chutes L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Services d'imagerie diagnostique 15.6 |

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

| | |
|---|---------------------------------------|
|  | Critère à priorité élevée |
|  | Pratique organisationnelle requise |
| PRINCIPAL | Test principal de conformité aux POR |
| SECONDAIRE | Test secondaire de conformité aux POR |

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes sur le leadership | |
| 6.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

L'organisme a effectué une démarche très intéressante de détermination et d'appropriation des valeurs impliquant tous les niveaux de l'organisation, incluant des partenaires dont ses syndicats. Les valeurs sont visibles partout dans l'établissement.

La planification stratégique est très bien articulée et le suivi est fait de façon périodique par le conseil d'administration et par la direction pour s'assurer de rencontrer les cibles. Les données sociodémographiques sont ajustées en fonction des changements et révisés chaque année dans le rapport annuel. Un suivi des indicateurs de la planification stratégique est effectué deux fois par année par le conseil d'administration. L'organisme doit entreprendre bientôt un nouveau cycle car la planification actuelle arrive à échéance en 2015.

Chaque direction dispose de plans opérationnels annuels alignés sur la planification stratégique et sur leurs projets spécifiques. Les plans opérationnels gagneraient à être connus de l'ensemble du personnel à l'intérieur des directions.

Des tableaux de bord sont disponibles pour le conseil d'administration et tous les gestionnaires de l'organisation et incluent des indicateurs pour en mesurer l'avancement. Certains tableaux de bord peuvent être utilisés pour démontrer les besoins de l'organisation en termes de financement.

L'établissement dispose d'un ensemble de politiques et procédures très complètes pour appuyer dans sa gestion.

L'établissement a des projets dans la communauté en lien avec la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'organisme veut augmenter son action concernant les maladies chroniques. Il souhaite également donner un contour plus net et développer davantage la première ligne à l'intérieur de son réseau local de services.

L'organisme doit accorder une attention particulière à la gestion du changement pour s'assurer de garder le personnel mobilisé. L'organisme a vécu plusieurs changements et s'apprête à en vivre d'autres ce qui en soi constitue un grand défi.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance | |
| 13.6 Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis. | ! |
| 13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Les membres du conseil d'administration sont des personnes compétentes, représentatives de leur communauté et très engagées pour le bien-être de leurs usagers.

Il existe, à l'intérieur du conseil d'administration, une bonne cohésion entre les membres, ce qui facilite grandement leur travail.

Les membres du conseil d'administration démontrent une bonne connaissance de leur rôle dans le respect du rôle des gestionnaires.

Les membres du conseil d'administration possèdent tous les outils pertinents à l'exercice de leur rôle. Ils disposent également de tous les rapports, incluant des tableaux de bord, leur permettant de suivre l'évolution de leurs objectifs.

Le conseil d'administration a planifié l'évaluation de son fonctionnement et de même que l'évaluation du rendement de son président. Il doit également établir un processus lui permettant de faire, régulièrement, le point sur la contribution de ses membres et leur fournir des commentaires à ce sujet.

Il dispose également d'un plan d'amélioration pour lui permettre d'améliorer sa gouvernance. Ce plan a été établi suite à la dernière évaluation de son fonctionnement de même qu'à une récente formation sur la gouvernance.

Le rétablissement de la situation financière de l'établissement constitue un défi majeur de même que la rétention du personnel et le climat organisationnel. Les membres du conseil en sont conscients et préoccupés.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'établissement dispose de tous les mécanismes nécessaires à sa gestion financière incluant un cycle complet de planification budgétaire. Le tout se fait avec le souci de responsabiliser l'ensemble des gestionnaires.

Les priorités sont établies en fonction de la planification stratégique de l'organisation et approuvées par le conseil d'administration.

L'organisme a entrepris des travaux visant à améliorer sa performance pour s'assurer d'optimiser, au maximum, ses ressources. Plusieurs chantiers sont mis en place pour atteindre cet objectif.

L'établissement veut également réviser sa gestion financière pour s'assurer de faire face aux défis actuels liés à sa situation financière déficitaire. Le principal défi concerne l'actualisation de son plan de redressement pour revenir à l'équilibre tout en préservant son offre de services à la population et en gardant le personnel mobilisé, en particulier le personnel d'encadrement.

L'engagement du personnel d'encadrement sera favorisé par la mise à leur disposition de rapports financiers et d'outils de suivi quotidien conviviaux.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes sur le leadership | |
| 2.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore des stratégies visant à créer un milieu de travail sain pour aider le personnel et les prestataires de services à gérer leur état de santé. | ! |
| 2.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme appuie les cadres à l'échelle de l'organisme afin qu'ils améliorent leurs aptitudes à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire. | |
| 2.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille l'état de fatigue et de stress du personnel et des prestataires de services et s'emploie à atténuer les risques de sécurité qui s'y rattachent. | |
| 2.11 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un processus de communication confidentiel qui permet au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles de formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs. | |
| 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. | |
| 10.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise un modèle de dotation qui est fondé sur des preuves et fait appel aux compétences, à la formation et aux connaissances de chaque personne. | |
| 10.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme définit les rapports hiérarchiques pour le personnel, les prestataires de services et les bénévoles. | |
| 10.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

L'organisme dispose d'une stratégie complète concernant la prévention de la violence au travail, connue du personnel. Plusieurs programmes et activités existent dans l'organisation concernant la gestion des ressources humaines. L'organisme dispose de plusieurs partenariats soit avec des maisons d'enseignement ou des organismes du milieu (CRÉ, Municipalité, Carrefour jeunesse Emploi) et ce, pour élargir ses moyens d'action au niveau du recrutement. Le conseil multidisciplinaire de l'établissement a initié une démarche très intéressante pour stimuler le travail interdisciplinaire en développant un outil pour évaluer le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire.

Toutes les fonctions RH devraient être intégrées dans un plan d'ensemble du développement des ressources humaines. L'organisme doit se donner des indicateurs pour évaluer l'atteinte des objectifs de ces différents programmes pour s'assurer qu'ils atteignent les cibles visées non seulement qualitativement mais aussi qualitativement.

L'organisme dispose de différentes stratégies pour le recrutement. Cependant, les défis de l'organisme concernant la dotation sont tels qu'ils commandent des moyens novateurs s'inscrivant dans un plan de travail intégré avec des indicateurs de suivis permettant d'en évaluer l'efficacité.

L'organisme réalise plusieurs actions visant à créer un milieu de travail sain propice à bien gérer la santé. Cependant, il serait souhaitable qu'il élabore et intègre dans son plan ses stratégies et les rôles attendus du personnel d'encadrement pour y arriver. Les rôles attendus du personnel d'encadrement doivent être clairement définis. De plus, il doit être formé et soutenu.

L'établissement dispose d'un programme de reconnaissance à l'échelle de l'organisation. Il doit cependant développer un certain nombre de mesures de reconnaissance intégrées au quotidien.

L'organisme doit poursuivre ses efforts auprès du personnel pour améliorer le climat de travail, par les projets d'organisation du travail déjà entrepris ou planifiés. Ce travail doit s'effectuer avec l'implication du personnel et des syndicats.

Le personnel a déjà à sa disposition certains moyens de communication confidentiels pour des problématiques particulières (conflit, violence). Il serait important d'identifier et d'informer des possibilités pour toute autre situation particulière à laquelle il serait confronté et qu'il souhaiterait rapporter.

Un plan d'action a été élaboré. Des actions sont en cours ou planifiées dans au moins quatre secteurs.

L'organisme est également conscient qu'il doit redorer son image dans son milieu pour attirer de nouvelles ressources.

L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts pour exploiter au maximum toutes les constats qui se dégagent du sondage sur la mobilisation. Un plan d'action a été élaboré. Des actions sont en cours ou planifiées dans au moins quatre secteurs.

L'organisme travaille actuellement à revoir son plan d'organisation et à doter les postes de direction en fonction des défis auxquels il est confronté actuellement. Compte tenu des changements structurels actuels, les rôles des gestionnaires doivent être précisés et les attentes doivent leur être clairement signifiées pour assurer le maximum de cohérence.

L'organisation doit revoir son programme d'évaluation du rendement. Il semble y avoir une certaine confusion dans sa compréhension, par l'ensemble du personnel. De plus, l'application est très inégale selon les secteurs d'activités.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes sur le leadership | |
| 3.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et soutient la diffusion et la viabilité des résultats de l'amélioration de la qualité. | |
| 3.9 Les efforts du personnel d'encadrement de l'organisme, du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et des stagiaires en matière d'amélioration de la qualité sont reconnus. | |
| 15.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise une culture exempte de reproches en donnant l'occasion au personnel et aux prestataires de services de tirer des leçons des événements sentinelles, des événements indésirables et des incidents ou accidents évités de justesse. | |

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

Le programme de qualité est bien intégré dans l'organisation, de même que dans sa planification stratégique. Plusieurs tableaux de bord sont en place pour en assurer le suivi et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Tous les outils nécessaires pour favoriser la culture de sécurité et de qualité existent dans l'organisation.

Face au programme qualité, un des défis majeurs de l'organisation concerne le soutien au quotidien offert au personnel dans un contexte de compression budgétaire. De plus, l'établissement doit prendre garde d'équilibrer efficacement les besoins en matière de sécurité et les besoins relatifs à sa productivité et à sa performance.

Des efforts particuliers doivent être faits pour reconnaître, valoriser et assurer une plus grande rétroaction au personnel en lien avec les activités d'amélioration de la qualité.

L'établissement doit continuer ses efforts en vue de développer une culture de non blâme en lien avec les leçons apprises des événements sentinelles, des événements indésirables et des incidents et accidents ou accidents évités de justesse.

Dans la mesure du possible, le personnel d'encadrement soutient la diffusion et la viabilité des résultats de l'amélioration de la qualité. Cependant, dans certains secteurs l'ampleur et la diversité des mandats constituent un obstacle pour assurer entièrement l'atteinte des objectifs dans ce sens. Par contre, l'appropriation, par les équipes terrain, devra se poursuivre.

L'organisation veut intégrer les processus LEAN dans ses démarches d'amélioration de la qualité. Ce travail d'intégration reste à faire.

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

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

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

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

Les valeurs de l'organisation sont utilisées comme assises à la prise de décision par l'administration et par la direction. Ces deux entités s'y réfèrent explicitement dans les considérations de soutien dans leurs décisions.

Un cadre conceptuel en matière d'éthique est en place et intégré. Le personnel d'encadrement connaît bien les assises du cadre et s'assure que le personnel le connaisse bien aussi. Le processus lié à une demande éthique est clair et concis. Le personnel apprécie la rapidité avec laquelle une question qui leur est adressée est traitée. L'expertise, la qualité et la rigueur des personnes faisant partie de ce comité est reconnue. Le comité se veut accessible et opérationnel. Il est perçu comme tel auprès des intervenants.

Lorsqu'une question est adressée au comité d'éthique, ce dernier utilise toute l'information disponible et n'hésite pas à faire appel à l'expertise nécessaire pour s'assurer de faire une lecture juste de la situation présentée.

Tous les projets de recherche intégrés dans l'organisation ont fait l'objet d'une analyse scientifique par le comité d'éthique du réseau universitaire intégré de santé, de l'université Laval. Le comité d'éthique fait un suivi des rapports de conformité sur les recherches conduites dans l'organisation.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

L'organisation démontre une grande proactivité dans ses communications et une diversité de ses moyens.

L'établissement est préoccupé de rétablir un niveau de communication stratégique plus efficace avec les partenaires suite à l'arrivée du nouveau directeur général. Cette communication est restée par contre très fluide particulièrement avec les tables cliniques et les partenaires communautaires.

L'établissement participe à plusieurs projets régionaux et nationaux lui permettant d'améliorer ses systèmes de gestion de l'information (DSQ, PACS). Le support technique aux utilisateurs est très apprécié.

L'organisme a élaboré plusieurs politiques et règlements pour gérer ses communications. Il dispose aussi d'un plan annuel de communication. Plusieurs outils de communication sont accessibles et utilisés par l'ensemble des intervenants (journal interne, communiqué de presse, présentation des orientations stratégique, mission, valeurs et autres).

Il faut souligner le développement de la télésanté, un secteur dans lequel l'établissement est précurseur.

Il est suggéré à l'organisme d'établir un plan directeur de communication intégré. Ceci pourrait lui permettre d'avoir une vue d'ensemble des communications dans son organisation, incluant des indicateurs lui permettant d'en faire le suivi.

L'organisme dispose de plusieurs moyens pour évaluer la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme. Elle l'utilise pour s'ajuster aux besoins. L'existence d'un plan d'ensemble permettrait d'en déterminer l'efficacité globale.

Les intervenants terrain souhaitent une communication fluide et transparente. Dans ce sens, il est suggéré aux dirigeants de clarifier le style de communication attendu dans l'organisation.

L'organisation souhaite responsabiliser davantage ses utilisateurs et veut s'ajuster aux réalités très changeantes.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

À travers le projet d'économie d'énergie, l'organisation a pu économiser un montant qui permet de subventionner le projet sur 7 ans et pouvoir faire des économies dans les années subséquentes. L'organisme en est félicité.

Plusieurs travaux ont été entrepris pour augmenter la sécurité à travers l'organisation, par exemple, le système de ventilation a été remplacé dans la bâtisse des services communautaires, deux nouvelles génératrices ont été installées pour l'Hôpital et la Résidence Gustave-Gauvreau afin d'augmenter la capacité en énergie et le système d'alarme incendie a été remplacé.

Aux services alimentaires des travaux ont été effectués, des nouveaux équipements ont été achetés et un projet LEAN a aidé à rendre plus efficient ce service tout en maintenant la qualité des repas. Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, il y a des commentaires positifs à l'égard de la nourriture.

L'agrandissement de la résidence Gustave-Gauvreau est prévu pour l'année 2016-2017, et le dossier de PFT (plan fonctionnel et technique) de l'urgence et le bloc opératoire avance mais la vitesse de cheminement du dossier peut être influencé par le contexte politique. Afin d'offrir les services aux patients, dans un environnement sécuritaire, il est suggéré fortement que le PFT de l'urgence et du bloc opératoire soient priorités.

Il est suggéré que les équipes réduisent l'encombrement des corridors surtout sur les services où les corridors sont plus étroits.

Afin de rendre conforme les chutes à linges, il est suggéré d'y installer des fermetures automatiques, sur les portes des chutes.

L'organisation est invitée à continuer son projet de réaménagement de la salle d'attente de l'urgence pour qu'elle soit plus près de la salle de triage et pour permettre ainsi à l'infirmière de mieux observer l'état changeant des usagers.

Les locaux du service d'obstétrique datent de 1962 et les espaces sont étroites, surtout les espaces des toilettes qui ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulants. L'organisation doit poursuivre ses efforts d'aménagement des lieux dans ce secteur afin d'être concordant avec les données socio démographiques où l'organisation prévoit une augmentation des jeunes dans la région. Dans les salles d'accouchement, il n'y a pas de lavabo et cette défaillance peut favoriser la propagation des infections. Il est suggéré à l'organisation de pallier à cette défaillance rapidement.

3.1.9 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)

L'organisation a élaboré et mis en œuvre des plans de mesure d'urgence adaptés à l'Hôpital, à la Résidence et au CLSC. Ces plans sont révisés deux fois par année et les mises à jour sont envoyées aux personnes concernées par les plans et le personnel reçoit l'information via l'Écho du comité de direction. L'organisation a aussi élaboré un plan de sécurité civile et a impliqué les partenaires de la communauté lors de l'élaboration et elle travaille avec eux lors de la révision.

Les plans sont présentés au personnel lors de la journée d'orientation, si l'orientation de l'employée est retardée, les informations sont accessibles via intranet sous forme de pamphlet expliquant de façon succinct les plans de mesure d'urgence.

Lors d'un événement de situation d'urgence, une analyse et un bilan, suite à l'exercice, est effectué avec l'équipe concernée. De plus, un bilan est aussi fait avec l'équipe de direction qui peut apporter aussi des révisions au niveau des politiques et des procédures. Un plan d'action qui suit une analyse post événement et la formation sur le déplacement sécuritaire des patients pendant une situation d'urgence.

Les pratiques d'évacuation sont effectuées 3 à 4 fois par année et ce, sur chaque quart de travail.

Un plan de formation a été établi, la formation est donnée par la coordonnatrice des mesures d'urgences. L'organisme est encouragé à continuer à offrir la formation, à une fréquence régulière, pour s'assurer que tout le personnel puisse y avoir accès, surtout dans un contexte où il y a du roulement du personnel.

Afin de mieux gérer certaines situations d'urgence dans la communauté, l'équipe des mesures d'urgences bénéficierait de la collaboration des équipes du soutien à domicile afin de connaître les clients vulnérables, à domicile, pour mieux gérer des sinistres qui peuvent survenir dans la communauté.

3.1.10 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)

La direction a mis en place des indicateurs qui permettent un suivi rigoureux des impacts liés aux moyens mis en place pour améliorer l'accès. Ceci est considéré, par plusieurs, comme étant un atout considérable. L'organisme tient à jour un rapport trimestriel sur le délai moyen d'attente pour l'obtention d'un service en externe et des chirurgies. Les délais d'attente pour les chirurgies électives sont suivis régulièrement par les gestionnaires et la direction. L'accès au bloc opératoire est immédiat pour les cas urgents. L'accès à certaines spécialités comme l'audiologie, la dermatologie, la gynécologie et l'ophtalmologie est plus limité. Toutefois, à l'exception de l'audiologie et des petites chirurgies la prise en charge ne dépasse pas les 4 semaines.

Par ailleurs, pour les services externes il est noté que le nombre d'usagers considérés comme étant électifs et en attente d'une consultation pour la physiothérapie est de 951 et de 231 pour l'ergothérapie. Il est mentionné qu'il existe un mécanisme de réévaluation de la priorisation de cette clientèle.

L'accès aux services diagnostiques et à l'hospitalisation des clients qui se présentent à l'urgence est une priorité pour tous les gestionnaires et des médecins. La mise en place de plage horaire de sans rendez-vous a eu un impact positif sur l'urgence. Les gestionnaires ont le souci de mettre le bon usager au bon endroit. Les efforts sont mis de l'avant pour gérer les encombrements. Des rencontres interdisciplinaires sont mises de l'avant et l'implication de tous est recherchée pour assurer une gestion optimale des lits. Toutes les admissions prévisibles, provenant de l'extérieur, sont gérées et la sécurité de l'utilisateur est toujours au centre de la décision. Des moyens très concrets ont été mis en place pour favoriser la fluidité dans les transferts en région et hors région.

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables | |
| 1.1 Au moins une fois par année, l'organisme recueille les données sur le niveau d'utilisation des services et les modes d'utilisation des appareils médicaux. | |
| 1.2 L'organisme revoit son plan opérationnel et l'information qu'il recueille au sujet du volume de services et de l'utilisation de l'équipement afin de déterminer quels services de retraitement et de stérilisation il sera en mesure d'offrir. | |
| 1.6 L'organisme dispose du bon agencement d'effectifs en nombre adéquat pour réaliser les activités de retraitement et de stérilisation. | |
| 2.5 L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation. | |
| 2.7 L'organisme conserve des dossiers faisant état de la formation, du perfectionnement et des évaluations de compétences. | |
| 3.5 L'organisme assure la régulation de la qualité de l'air, de la ventilation, de la température, de l'humidité relative et de l'éclairage dans les zones de décontamination, de retraitement et d'entreposage. | |
| 4.10 L'équipe fait le suivi des changements apportés aux politiques, aux PON, aux normes de pratique et aux directives des fabricants grâce à un système de contrôle documentaire. | |
| 5.2 Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un oeil magique. | ! |
| 12.1 L'équipe dispose d'un système de la gestion de la qualité consigné pour ses services de retraitement et de stérilisation, qui intègre les principes de l'appréciation de la qualité, de la gestion des risques et de l'amélioration continue. | |
| 12.2 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme. | |
| 12.4 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe forme le personnel pour déceler et évaluer les risques, les classer par ordre de priorité, les réduire et les faire connaître dans l'aire de retraitement. | ! |

Ensemble de normes : Prévention des infections

12.18 L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité de ses processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des appareils ou instruments réutilisables.



Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.



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

L'organisation a en place un processus structuré pour sélectionner et acheter des équipements, cela se fait via le comité de gestion des demandes des équipements. Le comité fait la priorisation des équipements médicaux.

Lorsqu'un nouvel équipement est acheté la formation à l'utilisation est offerte au personnel concerné.

Un programme d'entretien préventif est en place pour tous les appareils médicaux, à travers le logiciel SamFM, et les dirigeants disposent d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme. Dans ce même logiciel sont gérées les demandes ponctuelles de réparation.

Les espaces physiques utilisés pour le retraitement des appareils médicaux sont très restreints et le nouveau PFT du bloc opératoire, qui intègre les espaces pour la stérilisation et retraitement, devrait être priorisé.

Il est recommandé à que le gestionnaire des services de la stérilisation et retraitement effectuent des évaluations annuelles des compétences des employés.

Il est aussi recommandé que le service de stérilisation, en collaboration avec la direction de qualité, mette en place un système de gestion de la qualité qui inclut des notions gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.

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.

Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- 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.

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

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

Dons d'organes et de tissus

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

Prévention des infections

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

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.

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Gestion des médicaments | |
| 2.13 Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers et les familles. | |
| 10.1 L'organisme dispose d'un processus pour évaluer et consigner les risques potentiels des dispositifs de délivrance des médicaments, avant leur achat. | ! |
| 13.2 L'organisme se conforme aux règlements du SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) qui portent sur la manipulation des matières premières utilisées pour les préparations magistrales à la pharmacie, ce qui englobe l'entreposage et le nettoyage des déversements. | ! |
| 13.3 L'organisme range les médicaments de chimiothérapie dans une salle séparée à pression négative qui est ventilée adéquatement; ces médicaments sont isolés des autres fournitures. | ! |
| 13.4 L'organisme range les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans des aires dotées d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant. | ! |
| 14.9 L'organisme effectue régulièrement la vérification d'un échantillonnage d'ordonnances de médicaments afin de vérifier si elles sont conformes aux critères en place, et il apporte les améliorations qui s'imposent. | ! |
| 16.2 L'organisme assure le maintien de la ventilation, de la température et de l'éclairage adéquats dans les aires de préparation des médicaments. | |
| 16.3 L'organisme dispose d'une zone à pression négative munie d'une hotte biologique assurant l'évacuation de 100 % de l'air à l'extérieur pour la préparation des médicaments de chimiothérapie. | ! |

| | | |
|------|--|--|
| 19.2 | Un pharmacien ou un autre prestataire de services qualifié vérifie dans les meilleurs délais si les médicaments appropriés ont été délivrés après les heures normales d'ouverture. | |
| 19.3 | L'organisme évalue régulièrement son mécanisme de délivrance des médicaments pour les périodes où la pharmacie est fermée et apporte des améliorations au besoin. | |
| 20.4 | L'organisme dispose d'un processus de gestion des retours de médicaments à la pharmacie. | |
| 22.1 | L'organisme dispose d'un processus pour déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers. | |
| 22.2 | L'organisme dispose de critères pour déterminer quels usagers peuvent procéder à l'auto-administration de médicaments. | |
| 22.4 | L'organisme fournit de l'information aux usagers qui procèdent à l'auto-administration de médicaments et les supervise. | |
| 22.5 | Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris. | |
| 27.4 | Le comité interdisciplinaire réalise régulièrement une évaluation complète de son mécanisme de gestion des médicaments. | |
| 27.5 | Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments. | |
| 27.6 | Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise. | |
| 27.7 | Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations au bon moment. | |
| 27.8 | Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services. | |

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Malgré le continuel manque de pharmaciens, l'équipe a été très active pour s'assurer que l'organisation se conforme aux pratiques sécuritaires reliées aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments a été implanté sur l'unité de médecine, l'UCDG/URFI et en longue durée à l'admission, au transfert et au congé. Le processus fait appel à la collaboration des infirmières, pharmaciens et les médecins. Des audits ont été faits et la conformité est de 80% en médecine/UCDG/URFI et 100% en longue durée.


Depuis novembre 2013 l'organisation a mis en place un programme de gérance de l'utilisation des antimicrobiens avec le soutien du microbiologiste et le département de microbiologie. Lors de l'implantation un comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques a été instauré, un organigramme de fonctionnement est décrit dans le document de la politique. Les résultats des travaux du comité sont transmis via le bulletin d'information de la pharmacie et présenter au CMDP.

Il est recommandé que l'organisation puisse rendre les aires d'entreposage et les espaces de préparation, des médicaments stériles et non stériles, conformes afin de s'assurer des produits sécuritaires pour la clientèle et des environnements de travail sains pour les employés.

Le comité de pharmacologie est encouragé à mettre en place un programme d'amélioration de la qualité pour la gestion des médicaments.

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées | |
| 1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6. | |
| 3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15. | |
| 3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5. | |
| 3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5. | |
| 3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD. | |
| 4.3 Chaque PON contient l'objectif et les limites de l'analyse, les instructions étape par étape sur la façon d'effectuer l'analyse et d'utiliser les appareils nécessaires de manière adéquate, les valeurs de référence des résultats, y compris les valeurs critiques, les critères concernant l'acceptation ou le rejet des échantillons, les procédures de contrôle de qualité ainsi que les références documentaires. | |
| 4.6 Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD revoit et évalue annuellement l'efficacité des PON, et ajuste les PON, les activités de formation ou les processus de contrôle, au besoin. | |
| 4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client. | |
| 5.8 L'organisme surveille et vérifie si celui qui effectue une ADBD utilise seulement le numéro d'identification unique qui lui a été assigné. | |
| 7.1 Celui qui effectue une ADBD doit recevoir une requête écrite ou électronique d'un clinicien pour chaque ADBD. | ! |
| 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. | ! |

| | | |
|-------|--|---|
| 7.4 | L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées. | ! |
| 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. | PRINCIPAL |
| 8.14 | L'organisme élimine les échantillons ayant servi aux ADBD de manière sécuritaire en se conformant aux exigences et règlements en matière de gestion des déchets biomédicaux. | ! |
| 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. | |
| 9.4 | Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales. | ! |
| 10.1 | L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4. | ! |
| 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. | |
| 10.5 | 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. | |
| 10.11 | Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD cerne les sources potentielles de non-conformité ainsi que la source du problème, met en oeuvre et surveille les plans d'action pour empêcher, en temps opportun, qu'il y ait d'autres manques de conformité vis-à-vis des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.9.2, 4.10.3, 4.11.2, 4.11.3. | |

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Le comité interdisciplinaire mis en place au CSSS de Sept-Îles a travaillé fort suite aux dernières recommandations du rapport d'Agrément Canada concernant les analyses de biologie délocalisées (ADBD).

Les besoins de l'organisme en matière d'ADBD ont été revus et le comité a pu ainsi identifier les ADBD qui sont autorisées au sein de l'organisation soit des indicateurs de glycémie pour l'intra hospitaliers et au niveau des soins à domicile et le test de grossesse qui lui est restreint à deux milieux (Infection transmises sexuellement par le sang (ITSS) et scolaire).

Les politiques et les procédures sur l'utilisation des indicateurs de glycémie et des tests de grossesse ont été rédigées, adoptées et mises en place. L'organisme a bien défini les liens hiérarchiques ainsi que les rôles et les responsabilités des différentes catégories de personnel en ce qui concerne les ADBD, facilitant ainsi l'encadrement et la supervision des ADBD.


En ce qui a trait aux indicateurs de glycémies, tous les utilisateurs ont été formés en collaboration avec la responsable des ADBD au laboratoire et les soins infirmiers.

Un programme de contrôle de qualité interne a été déployé pour tous les indicateurs de glycémie et la surveillance est grandement simplifiée par l'utilisation du logiciel Précision Web de la compagnie Abbott. Le logiciel utilisé permet d'évaluer les tendances du contrôle de la qualité et d'identifier les causes des résultats déviants, s'il y a lieu, il serait souhaitable que ces informations soient présentées au comité interdisciplinaire des ADBD. De plus, un contrôle de qualité externe a également été déployé pour tous les indicateurs de glycémie hospitaliers, il ne reste qu'à déployer le tout pour les indicateurs de glycémie utilisés par les soins à domicile.

Un programme de contrôle de la qualité interne a également été instauré pour le test de grossesse.

Le comité interdisciplinaire a entrepris des activités d'évaluation planifiées tels des audits et des non-conformités pour les indicateurs de glycémie. D'autres activités telles la surveillance du respect des procédures, l'élaboration d'un programme de formation continue et d'évaluation des compétences pourront venir soutenir les activités de maintien et d'amélioration continue de la qualité pour la réalisation des ADBD.

3.2.3 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|--|
| Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer | |
| <p>9.15 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>9.15.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <p>9.15.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p> | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> |
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Gestion des médicaments | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |

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

Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

Le service d'oncologie offre un service de qualité. Le personnel implante les requis pour assurer la sécurité de la clientèle et met en place les moyens pour améliorer les soins aux usagers. En ce moment, une partie de la clientèle ne profite pas du support de l'infirmière pivot car elle ne lui est pas référée. Des actions concrètes sont déployées afin de sensibiliser les médecins à l'importance et au bienfait de référer leur clientèle à l'infirmière pivot.

Le travail interdisciplinaire est présent et structuré. L'équipe est dédiée et engagée.

Processus prioritaire : Direction clinique

Tous les critères de ce processus sont rencontrés. Toutefois, il est noté que les lieux physiques actuels ne permettent pas d'assurer à la clientèle, qui reçoit de la chimiothérapie, une prestation de soins sans risque. L'infirmière doit, pour de courtes périodes, quitter la salle où la chimiothérapie est administrée. Elle doit laisser sa clientèle sans surveillance. Des solutions ont été proposées à la direction.

Les pompes volumétriques, utilisées en oncologie pour l'administration de la chimiothérapie, sont aussi utilisées auprès de d'autre clientèle. Il est reconnu que la médication qui sert à la chimiothérapie est toxique. Malgré le processus de désinfection des pompes, il serait souhaitable que l'usage des pompes pour la chimiothérapie soit exclusif à la clientèle qui reçoit la chimiothérapie.

Processus prioritaire : Compétences

Annuellement, environ 50% du personnel profite d'une évaluation de son rendement. Le personnel a un grand souci de garder ses connaissances à jour et prend les moyens pour bénéficier des occasions qui se présentent à eux.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La confidentialité est un défi majeur pour l'équipe. Malgré tous les efforts que fait l'équipe pour assurer la confidentialité de l'information en lien avec la clientèle, les lieux physiques le permettent difficilement.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un sondage de satisfaction est distribué à chacune des personnes qui reçoivent des traitements en oncologie. Les résultats de ces sondages sont discutés en équipe et des améliorations sont apportées lorsque requis et possible.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La collaboration du secteur de la pharmacie avec l'équipe est très positive. Les moyens sont déployés pour assurer à la clientèle une prestation sécuritaire de soin.

3.2.4 Ensemble de normes : Prévention des infections

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Prévention des infections | |
| 10.6 L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures. | |
| 11.4 L'équipe suit des procédures précises pour manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement mobile des clients. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Prévention des infections | |
| <p>Les activités de surveillance globale et ciblée (CD, SARM, ERV, etc.) liées à la prévention des infections dans l'ensemble du CSSS, sont bien structurées et les suivis sont exercés avec rigueur.</p> <p>La participation à la Table régionale de prévention et contrôle des infections, l'utilisation de sa bibliothèque virtuelle, la participation à l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI), les liens continus avec cette communauté de pratique, ainsi que les références à l'Institut national de santé publique (INSPQ) contribuent, entre autres, à l'introduction des pratiques de pointe en prévention des infections. Le milieu sait d'ailleurs se montrer novateur, tel qu'en témoigne l'obtention d'une mention régionale (Prix Alouette) en lien avec le développement d'un protocole de gestion d'éclousions d'origine infectieuse.</p> <p>L'information relative aux activités de prévention des infections est largement diffusée au sein du CSSS (par exemples, aux différents publics cibles et différents outils de communication) et chez les partenaires concernés (par exemple, le portail de l'INSPQ).</p> <p>L'équipe de prévention des infections est active non seulement au sein du CSSS, mais également auprès d'organismes externes et dans des activités de sensibilisation dans la communauté. Les infirmières en prévention des infections sont très interpellées à titre conseil et elles ont développé une approche de partenariat qui contribue à étendre la portée de leurs actions.</p> <p>L'audit sur l'hygiène et le lavage des mains, réalisé dans les derniers mois avec l'implication des étudiants stagiaires en médecine, a été mené avec rigueur. Les conclusions de cet exercice ont permis de cibler des actions dans des secteurs d'activités et auprès d'équipes spécifiques.</p> <p>Les infirmières en prévention des infections collaborent de près avec l'équipe de la salubrité afin de rencontrer les normes liées au nettoyage et à la désinfection de l'environnement. Il est souhaitable que des audits soient réalisés relativement au nettoyage à la désinfection de l'environnement suite à l'application des techniques de "high touch" et "low touch".</p> <p>À la clinique d'externe de réadaptation, la zone de prêt d'équipement a été réorganisée pour éviter le croisement entre le propre et le souillé. Toutefois, il est recommandé que la procédure de désinfection soit affichée à la station de travail de l'employé.</p> | |

Les infirmières en prévention des infections sont associées de près aux projets de construction et de rénovation. Dès la démarche d'appel d'offres, les attentes liées à la prévention des infections sont précisées et une vigie constante est exercée en cours de projet.

Depuis le dernier agrément, l'organisme a procédé à un réaménagement des lieux physiques et à la révision des pratiques de nettoyage et de décontamination en endoscopie. Il est recommandé que la nouvelle procédure relative à la désinfection en endoscopie soit formellement adoptée par les instances concernées.

3.2.5 Ensemble de normes : Prévention des infections

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

Processus prioritaire : Tracer Name

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

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Les activités de surveillance globale et ciblée (CD, SARM, ERV, etc.) liées à la prévention des infections dans l'ensemble du CSSS, sont bien structurées et les suivis sont exercés avec rigueur.

La participation à la Table régionale de prévention et contrôle des infections, l'utilisation de sa bibliothèque virtuelle, la participation à l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI), les liens continus avec cette communauté de pratique, ainsi que les références à l'Institut national de santé publique (INSPQ) contribuent, entre autres, à l'introduction des pratiques de pointe en prévention des infections. Le milieu sait d'ailleurs se montrer novateur, tel qu'en témoigne l'obtention d'une mention régionale (Prix Alouette) en lien avec le développement d'un protocole de gestion d'éclousions d'origine infectieuse.

L'information relative aux activités de prévention des infections est largement diffusée au sein du CSSS (par exemples, aux différents publics cibles et différents outils de communication) et chez les partenaires concernés (par exemple, le portail de l'INSPQ).

L'équipe de prévention des infections est active non seulement au sein du CSSS, mais également auprès d'organismes externes et dans des activités de sensibilisation dans la communauté. Les infirmières en prévention des infections sont très interpellées à titre conseil et elles ont développé une approche de partenariat qui contribue à étendre la portée de leurs actions.

L'audit sur l'hygiène et le lavage des mains, réalisé dans les derniers mois avec l'implication des étudiants stagiaires en médecine, a été mené avec rigueur. Les conclusions de cet exercice ont permis de cibler des actions dans des secteurs d'activités et auprès d'équipes spécifiques.



Les infirmières en prévention des infections collaborent de près avec l'équipe de la salubrité afin de rencontrer les normes liées au nettoyage et à la désinfection de l'environnement. Il est souhaitable que des audits soient réalisés relativement au nettoyage à la désinfection de l'environnement suite à l'application des techniques de "high touch" et "low touch".

À la clinique d'externe de réadaptation, la zone de prêt d'équipement a été réorganisée pour éviter le croisement entre le propre et le souillé. Toutefois, il est recommandé que la procédure de désinfection soit affichée à la station de travail de l'employé.

Les infirmières en prévention des infections sont associées de près aux projets de construction et de rénovation. Dès la démarche d'appel d'offres, les attentes reliées à la prévention des infections sont précisées et une vigie constante est exercée en cours de projet.

Depuis le dernier agrément, l'organisme a procédé à un réaménagement des lieux physiques et à la révision des pratiques de nettoyage et de décontamination en endoscopie. Il est recommandé que la nouvelle procédure relative à la désinfection en endoscopie soit formellement adoptée par les instances concernées.

3.2.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie | |
| 4.2 L'équipe dispose d'un secteur de services distinct qui comprend un endroit où les clients peuvent attendre et un endroit où mener les examens d'imagerie diagnostique. | |
| 4.3 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les clients qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres clients. | ! |
| 4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques. | ! |
| 4.5 Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire. | ! |
| 10.2 L'équipe fournit des renseignements sur les examens d'imagerie diagnostique aux clients et à leurs familles. | |
| 15.6 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients. |  PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE |
| 15.7 L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales. |  PRINCIPAL PRINCIPAL |

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

L'équipe a établi des partenariats avec des établissements d'autres CSSS afin de pouvoir offrir des services d'imagerie coordonnés à la clientèle de la région, notamment avec le Centre de Rimouski pour la lecture de résonance, coordonne des rendez-vous pour les clients de l'extérieur (Fermont, Scheffreville et la Basse Côte Nord). Un partenariat important et apprécié par les médecins de la région et la collaboration avec les GMF. Les requêtes provenant des GMF sont reçues par télécopieur et elles sont priorisées. Les résultats des examens d'imagerie sont télécopiés dans les délais très courts, aux GMF.

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services, la gestionnaire fait le « monitoring » de la liste d'attente, sur une base périodique, et elle ajuste les ressources en fonction des secteurs d'attente.


Il est suggéré d'apporter une amélioration au niveau du délai de transcription des résultats d'imagerie car ceci cause des inconvénients aux médecins et spécialistes.

Il est recommandé que l'équipe travaille sur des pochettes d'informations, sur la sécurité et les risques présents dans le service d'imagerie et que l'information soit disponible pour la clientèle.

Les dimensions de la salle d'échographie, qui loge deux postes de travail, ne permettent pas d'avoir des lieux propices à la confidentialité.

Il est recommandé à l'équipe d'imagerie de mettre en place un plan d'action relié au climat de travail dans l'équipe le plus rapidement possible pour ne pas trop nuire à la performance de l'équipe. Il est suggéré d'impliquer les membres de l'équipe dans les décisions lorsque pertinent et voir à la possibilité d'organiser des activités qui créeront la cohésion dans l'équipe.

3.2.7 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|--|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| <p>9.6 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>9.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.</p> <p>9.6.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>9.6.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>9.6.5 L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p> | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Processus prioritaire : Direction clinique

Le processus de formulation des objectifs d'équipe est très bien intégré. La contribution des partenaires, issus de la collectivité, dans la formulation des objectifs et des efforts mis en place pour atteindre les résultats souhaités, dans le cas de l'allaitement, fût un réel succès.

L'équipe s'investit en totalité et a un souci constant d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la clientèle qu'elle dessert.

Processus prioritaire : Compétences

Le travail interdisciplinaire est très présent. Les rôles et les responsabilités sont clairs.

Le programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) et la volonté de l'équipe à mettre en place des processus sécuritaires et de qualité ont contribué à clarifier les rôles de tous et chacun.

L'équipe a accès à de la formation continue.

L'évaluation du rendement auprès du personnel est faite et appréciée de celui-ci.

Il existe un processus formel de soutien à l'accueil des stagiaires.

Récemment, une révision complète du programme d'orientation a été faite. Les objectifs visés par ce nouveau programme sont clairs et mesurables et bien adaptés aux besoins des équipes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un processus clair est en place en ce qui a trait à la coordination entre les divers prestataires de soin. L'équipe s'assure que les renseignements, l'enseignement et le soutien est à la portée de la famille.

L'équipe répond promptement aux clientes qui vivent une urgence obstétricale. Un travail important a été fait pour accompagner émotionnellement les familles qui vivent un deuil lors de la perte d'un enfant. Les efforts se poursuivent pour soutenir les familles.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe bénéficie du support d'une infirmière clinicienne pour tout ce qui a trait aux meilleures pratiques et aux données probantes.

L'équipe mesure régulièrement la satisfaction de sa clientèle et apporte les améliorations lorsque c'est requis.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clientes et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. Des stratégies de prévention des chutes ont été mise en place pour la clientèle suite à une épidurale.

3.2.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire | |
| 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. | ! |
| 8.5 L'équipe s'assure de ramasser, confiner et éliminer tous les déchets de façon sécuritaire conformément aux exigences pertinentes. | ! |
| 9.3 L'équipe détecte et déclare les problèmes d'ordre environnemental liés au laboratoire. | |
| 14.1 L'équipe suit des PON à jour pour l'entretien, l'inspection, la validation et l'étalonnage de son équipement, lesquelles sont conformes aux directives des fabricants. | |
| 14.5 L'équipe tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, l'étalonnage, la maintenance et les réparations de l'équipement. | |
| 16.4 L'équipe utilise de l'eau extrapure pour préparer les fournitures, les réactifs ou les milieux de culture, tel que stipulé dans la PON. | |
| 17.3 L'équipe vérifie régulièrement la qualité de l'eau pour veiller à ce qu'elle corresponde aux instructions du fabricant et l'analyse dès que des problèmes surviennent. | |
| 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. | ! |
| 25.4 L'équipe coordonne son système de rapports avec ceux des autres laboratoires de façon à assurer le suivi des échantillons, tout au long du processus du laboratoire. | |
| 27.4 L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques. | ! |
| 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. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire | |

Le département de biologie médicale du CSSS de Sept-Îles dessert la population locale et régionale du territoire. Le service supervise un seul centre de prélèvement qui est à l'intérieur du centre hospitalier.

Des améliorations ont été apportées au centre de prélèvement suite aux dernières recommandations de la visite d'Agrément Canada. C'est ainsi qu'un nouveau système, par numéro, assure une plus grande confidentialité et les espaces de prélèvement sont mieux délimités pour améliorer l'intimité des clients. Au centre de prélèvement, il serait souhaitable de réviser les pratiques en place afin d'améliorer les procédures tels que la double identification, le lavage des mains et d'évaluer les risques potentiels de sécurité du personnel et des clients.

Le manuel du laboratoire est à jour et se retrouve sur l'intranet, cependant, il faudrait mettre en place un mécanisme pour s'assurer de la cohérence de tous les documents.

La création des requêtes se fait principalement par voie électronique aux différentes unités de soins, à ce sujet, l'obtention de l'heure du prélèvement pour les soins à domicile, afin de respecter les critères d'acceptation et de rejet des échantillons pour assurer la fiabilité analytique des résultats est digne de mention.

Il existe un suivi systématique de toutes les non-conformités, le délai de traitement de celles-ci est très rapide de même que le suivi qui remonte à la responsable qualité.

Les procédures opérationnelles normalisées (PON) sont présentes au niveau des bancs de travail et répondent à la gestion documentaire.

Le climat général du laboratoire est excellent, la collaboration, l'entraide sont des valeurs auxquelles le personnel adhère. Le personnel est professionnel, compétent, dédié et hautement polyvalent. La direction du laboratoire est à l'écoute des besoins de ses ressources humaines et fait tout en son pouvoir pour maintenir un milieu de travail qui permet au personnel de se développer.

Le programme d'évaluation des compétences est complet, il tient compte de tous les éléments de compétence. L'évaluation du rendement des technologistes est bien en place et a été faite pour tout le personnel.

Les personnes autorisées à circuler dans les aires du laboratoire connaissent les risques et les précautions à suivre. Les zones de confinement sont bien définies et respectées. Par contre, lors de la conception du laboratoire, la réception des spécimens a été mise en fin de ligne ce qui oblige à une circulation plus intense des transporteurs de spécimens à l'intérieur des zones de confinements du laboratoire, il serait souhaitable de revoir le tout afin de trouver des pistes de solutions.

Le parc technologique est impressionnant, ce qui permet au laboratoire d'offrir un excellent menu d'analyses, d'éviter les bris de services (redondance des instruments) et peut facilement répondre à une augmentation de demandes d'analyses afin de satisfaire au besoin des cliniciens. À cet effet, des études de temps de réponse pour les résultats d'analyses urgentes sont faites ce qui est une valeur ajoutée à l'amélioration des services.

Pour toutes les analyses référées, le délai d'acheminement des spécimens est très variable car le tout dépend des conditions météorologiques et routières, ce qui conduit à un temps de réponse augmenté pour la réception des rapports.

Le programme d'entretien des équipements analytiques est rigoureusement suivi selon le calendrier prévu et bien documenté, cependant il reste à compléter certaines activités pour les petits équipements. À ce sujet, l'entretien préventif des circulateurs, des colorateurs et des centrifugeuses, sous la responsabilité du génie biomédical (GBM), n'est pas effectué selon le calendrier prévu.

Il existe une bonne supervision professionnelle par les différents médecins du laboratoire (biochimiste clinique, microbiologiste, hématologues consultants) ces derniers sont toujours disponible pour transmettre leur connaissance. Par contre, le service de pathologie se trouve actuellement dans une situation vulnérable. Le départ du pathologiste en 2012 a obligé le service de pathologie à reconfigurer son offre de service en faisant appel notamment à deux autres CSSS ainsi qu'à un laboratoire privé ontarien. La complexité découlant de la gestion de la trajectoire des échantillons, destinés à être analysés, n'est pas bien maîtrisée, augmentant les risques d'erreurs. La télépathologie et la présence d'un personnel technique qualifié assurent le maintien d'un continuum de service tout de même précaire.

La gestion des déchets chimiques inflammables (xylène) est non conforme à la réglementation et représente d'importants risques environnementaux.

L'encombrement des aires de travail a également été noté par les visiteurs, lors de la visite.

Le programme de gestion des déchets biomédicaux est respecté, mais il serait souhaitable de revoir les contenants utilisés pour ramasser les déchets de façon sécuritaire et surtout conformément aux exigences pertinentes.

Les équipements de secours (douches, douches oculaires) sont disponibles et un calendrier d'entretien est respecté. L'ergonomie pourrait être revue pour les postes de microscopie dans les différents services du laboratoire.

Chaque secteur utilise de bons outils de contrôle interne et participe régulièrement à des programmes de contrôle de qualité externe. Ce programme de contrôle de la qualité est complet et le suivi qui est exercé par les technologistes et les autres professionnels assure une fiabilité et une justesse des résultats d'analyse.

Le système de gestion documentaire «maison» utilisé est adéquat, mais non optimal. Il serait souhaitable que toutes les politiques et procédures du laboratoire soient accessibles à tout le personnel autant sous format papier qu'électroniquement.

Le département de biologie médicale offre un service de qualité et de sécurité à la population locale et régionale, il est encouragé à continuer à améliorer la qualité.

3.2.9 Ensemble de normes : Services de médecine

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

| | | |
|-----|--|--|
| 4.8 | Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive. | |
| 5.3 | Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations. | |

Processus prioritaire : Épisode de soins

| | | |
|------|--|--|
| 9.2 | L'équipe élabore un plan de services complet et intégré pour chaque client. | |
| 11.5 | En collaboration avec les autres prestataires de services du client, l'équipe élabore un plan de suivi intégré et complet. | |

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Une nouvelle distribution et partage de tâches est fonction depuis peu. L'équipe semble bien s'adapter à ce changement.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel mentionne qu'il reçoit de la formation de façon continue. Toutefois, il pourrait être intéressant de recueillir les besoins de tous les membres de l'équipe. Les membres de l'équipe sont encouragés à développer leurs compétences. La clientèle en serait davantage gagnante.

Étant plus près du terrain, l'équipe de soins pourrait contribuer positivement à la gestion des moyens fixés par l'équipe interdisciplinaire et créer ainsi un impact direct sur la durée de séjour et à la qualité des soins offerts par tous les professionnels, en lien avec le client dans le service.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il existe une belle collaboration d'équipe.

En ce moment, les plans d'interventions complets et intégrés sont à bonifier.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe se préoccupe de l'amélioration continue des soins et services offerts à la clientèle en médecine.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a un souci de fournir à la clientèle des soins sécuritaires et de qualité. Elle contribue à évaluer et à poser les actions requises pour intégrer les meilleures pratiques.

L'équipe recueille le point de vue de la clientèle et apporte les améliorations, lorsque nécessaire.

3.2.10 Ensemble de normes : Services de réadaptation

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| 1.6 L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin. | |
| 2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de réadaptation. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| 5.1 L'organisme dispose de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les clients aux membres de l'équipe. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| 6.1 Dans la mesure du possible, l'équipe détecte et élimine les obstacles qui empêchent les clients, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des clients d'accéder aux services. | |
| 6.3 Les clients potentiels et actuels, ainsi que leurs familles, peuvent accéder aux services essentiels jour et nuit, sept jours sur sept. | |
| 6.4 L'équipe répond en temps opportun aux demandes de services ou d'information. | |
| 11.5 Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services. | |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| 14.5 L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes. | |
| 17.1 L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de réadaptation. | |
| 17.3 L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires. | |

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe fait un effort de faire concorder les objectifs de programme avec la planification stratégique.

L'équipe est encouragée à mettre en place un processus systématique d'évaluation de programme.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe travaille à chercher des meilleures pratiques sur lesquelles elle base ses interventions.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Aucun commentaire n'a été émis.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Aucun commentaire n'a été émis.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe de réadaptation est dynamique et travaille de façon efficace avec une approche interdisciplinaire incluant les soins infirmiers. Malgré la distance qui le sépare des grands centres, les membres se tiennent à jour au niveau des connaissances. Même dans un contexte financier difficile, ils trouvent des moyens innovateurs pour avoir accès aux informations sur les meilleures pratiques et de participer à des projets de recherche (par exemple, via visioconférence).

Il faut souligner l'effort de l'équipe à mettre en place des services basés sur les meilleures pratiques dans le domaine de gestion des chutes, groupes de TAI CHI pour clientèle à problème de chute.

L'équipe a informatisé la gestion de prêt d'équipements ce qui facilite l'inventaire et l'accès aux équipements.

L'équipe utilise de façon élargie le champ de pratique des professionnels, par exemple, avec le projet Algo, l'auxiliaire familiale peut organiser le bain des clients de façon sécuritaire en suivant l'algorithme élaboré par un ergothérapeute.

L'équipe est encouragée à définir, plus clairement, l'offre de services en réadaptation surtout dans un contexte de pénurie de ressources.

L'équipe est aussi encouragée à communiquer davantage avec les partenaires et les autres régions afin de pouvoir orienter les clients dans le CSSS de leur région qui a une responsabilité populationnelle.

Il est suggéré à l'équipe d'élaborer des outils de mesure qui pourront les aider à évaluer leurs services afin de mieux desservir la clientèle et améliorer leur performance.

3.2.11 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Direction clinique | |

L'organisme tient compte du profil sociodémographique et des déterminants de santé de sa population, au niveau de l'organisation de l'offre de services de santé communautaire du CSSS et du réseau local.

Les services de santé communautaire sont aussi développés conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles".

Les Tables de concertation regroupant les partenaires intersectoriels, elles sont très mobilisées et contribuent à la mise en place de nombreuses initiatives pour mieux répondre aux besoins de la communauté.

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants des services de santé communautaire travaillent dans une approche interdisciplinaire. Diverses initiatives, notamment celles initiées par le Conseil multidisciplinaire, contribuent à améliorer les pratiques en interdisciplinarité et permettent d'évaluer le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire. L'organisme fait preuve d'originalité en la matière en décernant un "statut d'interdisciplinarité agréée à une équipe".

De nombreuses activités de formation sont offertes au personnel, autant sur les aspects de sécurité que sur des thématiques reliées aux pratiques professionnelles. Le recours à la télésanté pour les activités de formation se développe de plus en plus.

L'exercice d'appréciation du rendement du personnel est réalisé conformément à la politique d'établissement, il est vécu positivement par le personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe de santé communautaire collabore de près avec les partenaires communautaires pour apporter des améliorations à la santé de la population.

L'offre de services famille-enfance-jeunesse (programme intégré en périnatalité, services multidisciplinaires pour enfants de 0 à 18), le guichet d'accès et les services sociaux courants, ainsi que ceux de santé publique (promotion de la santé et des saines habitudes de vie, organisation communautaire) répondent de manière individuelle ou de groupe aux besoins prioritaires de la population.

Bien que les personnes rencontrées se soient montrées sensibles aux défis éthiques de leur pratique, l'équipe n'a pas l'habitude d'interpeler le comité d'éthique clinique de l'établissement. L'équipe est invitée à se familiariser avec le mandat du comité d'éthique clinique et à tirer avantage de ce soutien lorsque confronté à des dilemmes éthiques.



Processus prioritaire : Aide à la décision

Plusieurs membres de l'équipe de santé communautaire exercent une vigie en regard des nouvelles pratiques et contribuent à leur diffusion et leur introduction dans le milieu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les services de santé communautaire témoignent de leurs préoccupations à l'égard de la sécurité en inscrivant le sujet "sécurité" comme point permanent à l'ordre du jour des réunions d'équipe. Les préoccupations sont ainsi soulevées et l'équipe recherche ensemble de pistes d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| Processus prioritaire : Direction clinique | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| Processus prioritaire : Compétences | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | | |
| 9.2 | En l'absence d'un plan de services, l'équipe travaille avec l'utilisateur ou sa famille pour élaborer un plan de services complet et intégré, et le consigne. | |
| 10.6 | De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. |  |
| 10.6.1 | Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne. | PRINCIPAL |
| 10.6.2 | L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information. | PRINCIPAL |
| 10.6.4 | Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. | PRINCIPAL |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | | |
| 16.7 | L'équipe informe et forme de façon écrite et verbale les usagers et les familles sur leur rôle dans la promotion de la sécurité. |  |
| 16.7.1 | L'équipe élabore de l'information écrite et verbale à l'intention des usagers et des familles sur leur rôle dans la promotion de la sécurité. | PRINCIPAL |

16.7.2 L'équipe fournit de l'information écrite et verbale à l'intention des usagers et des familles sur leur rôle dans la promotion de la sécurité.

PRINCIPAL

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services de santé mentale sont développés conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles".

Les partenaires de la communauté collaborent significativement à l'offre de services. Des initiatives de formation et d'information, auprès du personnel et de la communauté, contribuent à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales. Des mécanismes sont prévus pour orienter et accompagner les usagers vers d'autres services institutionnels ou communautaires.

Processus prioritaire : Compétences

Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire est bien implanté. Les professionnels et les médecins ont développé des compétences de fonctionnement en équipe interdisciplinaire.

Le programme d'orientation du nouveau personnel est bien structuré.

La télésanté s'est beaucoup développée pour répondre à des besoins de formation et de consultation, notamment, en lien avec le RUIS de Montréal et l'Institut Pinel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les pratiques relatives à l'évaluation du risque suicidaire et aux suivis qui s'imposent, sont bien implantées.

Il faut souligner la qualité et la pertinence du guide de soutien pour les aidants naturels en santé mentale, réalisé en lien avec l'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord.

La pratique d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires est bien établie auprès de la clientèle de longue durée; il est recommandé d'étendre cette pratique à l'ensemble des usagers admis à l'unité de psychiatrie.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Divers mécanismes de vigie, d'information et de formation contribuent à mettre à jour et à développer les pratiques du milieu dans le domaine de la santé mentale.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les intervenants sont sensibilisés à l'importance de la double identification de l'utilisateur et ont intégré cette pratique.



L'évaluation du risque de chute est faite de manière systématique en utilisant l'Échelle de Morse; les mesures et les suivis qui en découlent sont réalisés tel que prévu au programme de prévention.

Bien qu'un dépliant d'informations générales soit remis au moment de l'admission et qu'il aborde très brièvement le thème de la sécurité, le contenu n'élabore pas suffisamment sur le rôle de l'utilisateur et de la famille dans la promotion de la sécurité. Il est souhaitable de revoir l'outil d'information visant spécifiquement la promotion de la sécurité.

Un sondage maison permet d'évaluer la satisfaction des personnes hospitalisées à l'unité de psychiatrie et l'information recueillie est utilisée dans une optique d'amélioration continue.

L'organisme est préoccupé par l'utilisation optimale des lits d'hospitalisation de courte durée. Dans le contexte où une proportion significative des lits de psychiatrie à l'hôpital est occupée par une clientèle nécessitant des services de santé mentale de longue durée, l'organisme est encouragé à poursuivre ses démarches en vue de relocaliser cette clientèle dans la communauté, en explorant entre autres la pertinence et la faisabilité d'une résidence d'assistance continue (RAC).


3.2.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| 7.9 L'équipe dispose d'un processus pour obtenir le consentement éclairé de la personne ou de la famille avant d'offrir les services ou le soutien sur une base régulière et évalue si la personne ou la famille est capable de fournir un consentement éclairé. |  |
| 10.1 L'équipe et la personne ou la famille élaborent un plan de services complet et intégré. | |
| 12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur. |  |
| 12.4.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information. | PRINCIPAL |
| 12.4.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne. | PRINCIPAL |
| 12.4.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts. | PRINCIPAL |
| 12.4.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés. | SECONDAIRE |
| 12.4.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur. | PRINCIPAL |

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

| | | |
|--------|--|---|
| 17.7 | L'équipe informe et forme les personnes et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales. |  |
| 17.7.1 | L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des personnes et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. | PRINCIPAL |
| 17.7.2 | L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux personnes et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. | PRINCIPAL |

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme tient compte des déterminants en lien avec la santé mentale de sa population dans l'organisation de l'offre de services du CSSS et du réseau local.

Les services de santé mentale sont aussi développés conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles".

Il faut souligner la qualité et la pertinence du guide de soutien pour les aidants naturels en santé mentale, réalisé en lien avec l'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord.

La Table de concertation des organismes du territoire impliqués en santé mentale a permis, au fil des ans, de développer l'offre de services dans une approche intégrée. Il est suggéré à l'équipe de mettre à contribution davantage cette instance pour intensifier la promotion de la santé mentale et contrer la stigmatisation.

Processus prioritaire : Compétences

Les services de santé mentale accueillent de stagiaires dans divers domaines professionnels, dans une optique de relève et de mise à jour de connaissances.

Des activités de formation sont offertes au personnel dans le domaine de la santé mentale et sur des thématiques reliées à la sécurité. La téléformation s'est significativement développée dans les dernières années.

Les gestionnaires procèdent à l'évaluation du rendement de chaque employé de façon interactive et positive. Les intervenants des services de santé mentale communautaires ont un fonctionnement d'équipe qui reconnaît et optimise l'apport de chaque domaine professionnel. Les professionnels et les médecins ont développé leurs compétences en matière d'interdisciplinarité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe témoigne d'une grande sensibilité quant à l'importance de respecter la confidentialité. La démarche d'obtention du consentement éclairé de la personne avant d'offrir les services, devrait être faite de manière systématisée, pour l'ensemble des services de santé mentale communautaire.

Les intervenants n'hésitent pas à aller chercher un avis du comité d'éthique clinique du CSSS lorsque confrontés à une situation complexe au plan éthique.

Les intervenants du CSSS collaborent étroitement avec les organismes de la communauté, ce qui contribue grandement à renforcer et intégrer l'offre de services en santé mentale communautaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Divers mécanismes de vigie, d'information et de formation contribuent à mettre à jour et à développer les pratiques du milieu dans le domaine de la santé mentale communautaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Bien que divers dépliants d'information sur des thématiques et des organismes en santé mentale soient offerts à la clientèle, il serait souhaitable de revoir les informations concernant les rôles et les responsabilités des clients et des familles en matière de sécurité.

3.2.14 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Direction clinique | |

L'organisme prend en compte l'évolution de la population et les répercussions anticipées sur les services de soins de longue durée dans l'organisation actuelle et projetée de l'offre de services.

Les services de soins de longue durée se développent conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles".

La visite ministérielle d'appréciation de la qualité du milieu de vie, en mai 2013, a permis d'évaluer globalement les services d'hébergement. L'organisme a élaboré un plan d'amélioration découlant des recommandations émises et travaille intensément à réaliser des actions qui s'inscrivent dans ce concept et à mobiliser les équipes en ce sens.

Devant l'augmentation des résidents aux prises avec d'importantes pertes cognitives, l'organisme s'apprête à aménager une salle de stimulation multi sensorielle contrôlée (pratique Snoezelen).

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants issus de diverses professions travaillent en équipe. L'organisme est encouragé à offrir, à ses professionnels, une formation permettant de développer leurs compétences en regard du travail interdisciplinaire.

L'exercice d'appréciation du rendement du personnel est réalisé conformément à la politique d'établissement, il est vécu positivement par le personnel.

Un programme d'orientation a été élaboré pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires; un outil de gestion sert à évaluer les compétences techniques acquises lors de l'orientation.

Plusieurs activités de formation sont offertes au personnel, entre autres, sur l'utilisation des pompes à perfusion, d'autres aspects de sécurité, des thématiques reliées aux pratiques cliniques et à l'approche relationnelle des soins, ainsi que la prévention de la violence en milieu de travail.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un guide d'accueil et d'accompagnement est commenté et remis aux usagers et à leurs proches, à l'étape de la pré-admission. Son contenu est très élaboré et traite notamment de la philosophie d'intervention, du droit au respect et à la dignité, de l'aménagement de la chambre et des services offerts.

Au moment de l'admission du résident, on recueille l'information sur son histoire de vie, ainsi que sur la condition de santé (physique et psychologique), pour en tenir compte dans l'élaboration du plan d'intervention. Le résident et sa famille sont mis à contribution dans l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire; ce dernier est révisé aux trois mois, pour tous les usagers.

Les professionnels élaborent ensemble un plan d'intervention intégré; il serait souhaitable que les professionnels suivent une formation pour parfaire leurs compétences sur le fonctionnement en équipe interdisciplinaire, pour ensuite, évaluer périodiquement le fonctionnement de leur propre équipe.

Bien que les personnes rencontrées se soient montrées sensibles aux défis éthiques de leur pratique, l'équipe a peu l'habitude d'interpeler le comité d'éthique clinique de l'établissement. L'équipe est invitée à se familiariser avec le mandat du comité d'éthique clinique et à tirer avantage de ce soutien lorsque confronté à des dilemmes éthiques.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les gestionnaires de l'équipe de gestion des services de soins de longue durée exercent une vigie en regard des nouvelles pratiques et contribuent à leur diffusion et leur introduction dans le milieu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Aucun commentaire n'a été émis.

3.2.15 Ensemble de normes : Services des urgences

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| 2.9 L'équipe dispose de l'espace nécessaire pour fournir des services de façon efficace au service des urgences. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| 4.13 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| Il existe une belle collégialité et une belle collaboration au sein de l'équipe. Les membres de l'équipe collaborent avec la gestionnaire pour voir à l'amélioration continue de la prestation de soins. La sécurité de la clientèle est au cœur des préoccupations. Les lieux physiques actuels rendent difficile l'utilisation optimale des espaces. Toujours en lien avec la sécurité des usagers, l'emplacement de la salle d'attente ne permet pas de garder un œil sur la clientèle en attente de voir un médecin. Ni l'infirmière dédiée au triage, ni l'agente administrative de l'urgence n'a de vue sur la salle d'attente. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| Ce secteur d'activité éprouve des difficultés à couvrir ses besoins en ressources humaines. Malgré ces difficultés l'équipe se mobilise pour trouver des solutions aux différents défis qui lui sont présentés. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| L'équipe possède une bonne compréhension de ce que consiste le secteur de l'urgence. | |

En ce moment, l'utilisation de plusieurs civières pour des cas admis rend la gestion de ce secteur beaucoup plus difficile. L'information sur les efforts déployés pour favoriser la sortie des usagers admis sur les civières sont peu connus par l'équipe. Considérant l'emplacement et le manque de visibilité sur la salle d'attente, l'infirmière du triage mettra sur civière presque la totalité de la clientèle pédiatrique afin d'assurer la sécurité de l'enfant, jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par le médecin.

Plusieurs zones d'amélioration sont possibles et connues par l'équipe. Depuis peu, la GMF a introduit des plages horaires de sans rendez-vous. Ce virage a eu un impact positif sur les visites évitables à l'urgence.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès à l'information requise pour offrir des soins sécuritaires et de qualité à la clientèle de l'urgence.

L'équipe partage et utilise de l'information en lien avec les données probantes et les meilleures pratiques.

Le recours à la technologie de l'information pour éclairer les décisions est une pratique courante.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe utilise l'information pour améliorer la prise en charge de la clientèle lorsque requis. L'équipe valorise les échanges pour mettre à jour régulièrement l'évaluation du client.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Tous les critères de ce processus sont rencontrés. Une trajectoire simple permet au personnel d'accéder rapidement à une personne ressource dès qu'un donneur potentiel est identifié. Au fil des ans, le processus a rendu possible plusieurs dons d'organes et de tissus. Un excellent travail a été fait par les personnes responsables des dons d'organes et de tissus au sein de l'organisation. L'impact réel des efforts et de la mobilisation, nécessaires pour en arriver aux résultats actuels, sont peu connus par les équipes. La diffusion de ces informations aurait sûrement un impact très positif sur les équipes et contribuerait à rehausser la sensibilisation auprès du personnel.

3.2.16 Ensemble de normes : Services transfusionnels

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| Processus prioritaire : Services transfusionnels | |
| 7.5 L'équipe suit des PON pour la maintenance, l'inspection, la validation et l'étalonnage de l'équipement, qui sont conformes aux instructions du fabricant. | |
| 18.4 Lorsqu'il est impossible de se procurer des composants sanguins ayant subi toutes les analyses, l'organisme dispose d'une politique sur la mise en circulation de composants sanguins n'ayant pas subi toutes les analyses exigées dans les situations d'urgence, ce qui exige la présence d'un bordereau de mise en circulation complet, la preuve écrite de l'obtention du consentement éclairé de l'usager ainsi que de l'approbation du médecin du receveur. | ! |
| 20.10 Dans les situations où tout retard à transfuser peut se révéler néfaste, l'équipe suit les PON pour la mise en circulation des composants sanguins pour lesquels les tests de dépistage de maladies infectieuses et les tests de compatibilité préalables à la transfusion n'ont pas été réalisés. | ! |
| 21.4 L'équipe consigne le consentement de l'usager dans son dossier. | ! |
| 22.3 Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information. | ! |
| 27.1 L'équipe suit les PON prévues pour la détermination, la déclaration et l'évaluation des événements sentinelles, des événements indésirables et des incidents ou accidents évités de justesse, et pour en faire le suivi. | ! |

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels


Le CSSS de Sept-Îles offre des services transfusionnels diversifiés et de grande qualité à la population. Le personnel œuvrant dans le service de la banque de sang est compétent et bien formé à offrir des services sécuritaires. Un bon programme d'orientation et de formation assure le maintien des compétences.

Sur le plan structurel, le service de la banque de sang du CSSS de Sept-Îles est associé au CHU de Québec (Enfant-Jésus). Trois autres CSSS s'associent à cette structure: le CSSS de Havre-Saint-Pierre, le CSSS de Blanc-Sablon, et celui de Port-Cartier ainsi qu'un quatrième, le CSSS de Fairmont qui a le statut de centre affilié.

Un directeur médical de la banque et une chargée de sécurité transfusionnelle compétente et engagée assurent la bonne gestion de l'offre des services transfusionnels. L'ensemble des procédures est bien documenté (PON). Les équipements sont adéquats et bien entretenus. Toutefois, l'équipe est encouragée à inscrire les centrifugeuses à un programme d'étalonnage annuel.

Le programme de contrôle de qualité interne est bien implanté et efficace. Le programme de contrôle de qualité externe permet de générer des rapports cumulatifs annuels et certains indicateurs sont acheminés annuellement à la direction générale et intégrés à la démarche organisationnelle d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche est digne de mention.

3.2.17 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|--|
| Processus prioritaire : Direction clinique | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Compétences | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | |
| <p>8.4 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>8.4.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <p>8.4.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p> <p>8.4.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'usager.</p> <p>8.4.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.</p> | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> |

| | | |
|--|---|-----------|
| 8.4.5 | L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts. | PRINCIPAL |
| 8.4.6 | Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur. | PRINCIPAL |
| 8.4.7 | 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 devrait prendre à la fin des services. | PRINCIPAL |
| Processus prioritaire : Aide à la décision | | |
| 14.4 | Le personnel et les prestataires ont accès au dossier du client en temps opportun. | |
| Processus prioritaire : Impact sur les résultats | | |
| 19.2 | L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de soins ambulatoires. | |
| 19.5 | L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | | |
| Processus prioritaire : Direction clinique | | |
| L'organisme tient compte des besoins et des caractéristiques de sa population dans l'organisation de l'offre de services ambulatoires. | | |
| Les soins ambulatoires (cliniques externes, médecine de jour, hémodialyse, oncologie, soins courants) sont aussi développés conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles". | | |
| Processus prioritaire : Compétences | | |
| De nombreuses activités de formation sont offertes au personnel, autant sur les aspects de sécurité que sur des thématiques reliées aux pratiques professionnelles. Le recours à la télésanté pour les activités de formation se développe de plus en plus. | | |
| L'exercice d'appréciation du rendement du personnel est réalisé conformément à la politique d'établissement. | | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | | |
| L'équipe est sensibilisée à l'importance de respecter la confidentialité, bien que l'environnement physique ne soit pas toujours favorable. | | |

Le poste infirmier en médecine de jour et les espaces voués aux traitements d'oncologie devraient être réorganisés dans un souci de confidentialité.

Processus prioritaire : Aide à la décision




Les intervenants du service exercent une vigie en regard des nouvelles pratiques et contribuent à leur diffusion et à leur introduction dans le milieu.

Les collaborations de recherche sont peu fréquentes; dans ce cas, la direction générale de l'établissement s'assure de l'intérêt d'une telle collaboration pour le milieu, ainsi que de l'obtention d'un certificat d'éthique émanant d'un comité d'éthique de la recherche reconnu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Bien que le personnel rencontré démontre le souci d'offrir des services de qualité, aucune activité formelle (sondage, entrevues, groupe de discussion ou réunion) n'est mise en place pour recueillir le point de vue des clients sur la qualité des soins ambulatoires. Il est recommandé de réaliser une de ces stratégies pour entendre le point de vue des usagers.

3.2.18 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|--|---|
| Processus prioritaire : Direction clinique | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| Processus prioritaire : Compétences | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| Processus prioritaire : Épisode de soins | | |
| 6.8 | Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur. |  |
| 6.8.1 | L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information. | PRINCIPAL |
| 6.8.2 | Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne. | PRINCIPAL |
| 6.8.3 | L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts. | PRINCIPAL |
| 6.8.4 | Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés. | SECONDAIRE |
| 6.8.5 | L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur. | PRINCIPAL |
| 7.4 | L'organisme obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre les services. |  |
| 7.5 | Lorsqu'un client est incapable de donner son consentement éclairé, l'organisme a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom du client ou à des directives préalables, si elles sont disponibles. |  |
| 9.2 | L'organisme élabore un plan de soins pour chaque client, en collaboration avec le gestionnaire de cas du client, s'il y a lieu. | |

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme tient compte des déterminants de sa population dans l'organisation de l'offre de services à domicile du CSSS et du réseau local. Les soins et services à domicile sont aussi développés conformément à l'enjeu 1 des orientations stratégiques du CSSS: "Des soins et des services accessibles et continus qui offrent une réponse aux besoins de la population en fonction des ressources disponibles". Il faut souligner les initiatives visant le développement d'une clinique de gestion des maladies chroniques en réponse aux besoins populationnels. Des mécanismes sont prévus pour répartir équitablement la tâche entre les intervenants, notamment l'excellent outil développé pour assurer le suivi de la charge de cas des intervenants sociaux.

La clientèle des services à domicile a accès au prêt d'équipement. Toutefois, bien que les installations physiques et les procédures de désinfection en lien avec la gestion du prêt d'équipement à domicile aient été améliorées depuis le dernier agrément, elles présentent encore certains risques de contamination croisée. En raison du risque de contamination que présente l'organisation actuelle et compte tenu de l'augmentation projetée du volume d'activités, il est recommandé à l'organisme de revoir les installations vouées à la gestion du prêt d'équipement afin d'offrir un environnement plus propice aux bonnes pratiques.

Processus prioritaire : Compétences

Diverses activités de formation sont offertes au personnel en lien avec la prestation des soins et services à domicile, ainsi que sur des aspects de sécurité.

La gestionnaire et les professionnels du domaine social jouent un rôle significatif en regard du maintien et du développement des compétences des professionnels.

L'exercice d'appréciation du rendement du personnel est réalisé conformément à la politique d'établissement et est vécu positivement par le personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La pochette d'accueil, offerte à chaque client des services de soutien à domicile, présente entre autres des informations sur le rôle des clients et des familles en matière de sécurité.

Des plans de services intégrés sont élaborés dans certains dossiers complexes, il est recommandé d'étendre cette pratique à l'ensemble des clients.

La présence à l'urgence d'une infirmière des services de soutien à domicile, dans un rôle de liaison, a considérablement amélioré l'échange d'informations entre l'urgence et les soins à domicile.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les services de soutien à domicile reconnaissent la nécessité d'informatiser les activités cliniques et de donner accès aux intervenants à un ordinateur portable dans une optique d'optimisation des ressources et de continuité de services.

L'organisme est encouragé à aller de l'avant avec le projet d'information RSIPA.

La gestionnaire du service et la coordonnatrice professionnelle du domaine social, exercent une vigie en regard des nouvelles pratiques et favorisent leur introduction dans le milieu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme est sensible aux enjeux de performance. Il compare ses résultats aux autres établissements et réévalue ses pratiques dans une optique d'amélioration continue. Il est encouragé à revoir ses processus administratifs et cliniques dans une approche LEAN afin de rehausser la proportion des heures travaillées, par les professionnels, directement auprès des clients.

3.2.19 Processus prioritaire : 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.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération | |
| 2.8 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive. | |
| Ensemble de normes : Services de chirurgie | |
| 4.8 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| <p>L'équipe a une préoccupation constante de la sécurité et de la qualité des soins offerts à la clientèle du bloc opératoire. Elle vise constamment à améliorer ses processus et s'assure d'une utilisation optimale des salles. Elle demeure aussi à l'affût des meilleures pratiques et a le souci de maintenir son expertise.</p> <p>Plusieurs appareils médicaux ont été acquis depuis la dernière visite. Toutefois, les lieux physiques profiteraient d'un plan fonctionnel et technique pour moderniser et rénover les salles. Dans l'une des salles, des fils électriques qui sont à découverts ont été observés.</p> <p>L'équipe possède un système d'évacuation de la fumée, cependant, il n'est pas toujours utilisé lorsque la génératrice électrochirurgicale est en fonction.</p> | |

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 29 octobre 2013 au 1 janvier 2014
- Nombre de réponses : 9

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer. | 0 | 22 | 78 | 89 |
| 2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme. | 0 | 22 | 78 | 93 |
| 3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis. | 0 | 22 | 78 | 93 |
| 4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3) | 0 | 22 | 78 | 90 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité. | 11 | 22 | 67 | 89 |
| 6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant. | 0 | 13 | 88 | 92 |
| 7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun. | 11 | 22 | 67 | 94 |
| 8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant). | 0 | 22 | 78 | 93 |
| 9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies. | 0 | 22 | 78 | 92 |
| 10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions. | 0 | 11 | 89 | 90 |
| 11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique. | 0 | 22 | 78 | 88 |
| 12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership. | 0 | 22 | 78 | 89 |
| 13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent. | 0 | 11 | 89 | 92 |
| 14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel. | 0 | 22 | 78 | 87 |
| 15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités. | 0 | 11 | 89 | 96 |
| 16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme. | 0 | 22 | 78 | 91 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts. | 0 | 11 | 89 | 95 |
| 18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement. | 0 | 22 | 78 | 78 |
| 19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales. | 11 | 44 | 44 | 66 |
| 20 Les contributions des membres sont revues régulièrement. | 0 | 33 | 67 | 61 |
| 21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance. | 0 | 22 | 78 | 77 |
| 22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème. | 0 | 33 | 67 | 53 |
| 23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité. | 0 | 22 | 78 | 78 |
| 24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté. | 11 | 22 | 67 | 81 |
| 25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration. | 13 | 25 | 63 | 64 |
| 26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace. | 0 | 33 | 67 | 92 |
| 27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients. | 11 | 33 | 56 | 78 |
| 28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme. | 0 | 22 | 78 | 92 |

| | % Pas d'accord | % Neutre | % D'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| | Organisation | Organisation | Organisation | |
| 29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins. | 0 | 22 | 78 | 81 |
| 30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme. | 11 | 11 | 78 | 88 |
| 31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience. | 0 | 11 | 89 | 84 |
| 32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres. | 0 | 22 | 78 | 79 |
| 33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration. | 0 | 22 | 78 | 86 |
| 34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté. | 0 | 33 | 67 | 91 |
| 35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution. | 0 | 11 | 89 | 92 |
| 36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités. | 11 | 22 | 67 | 86 |
| 37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président. | 0 | 11 | 89 | 90 |

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

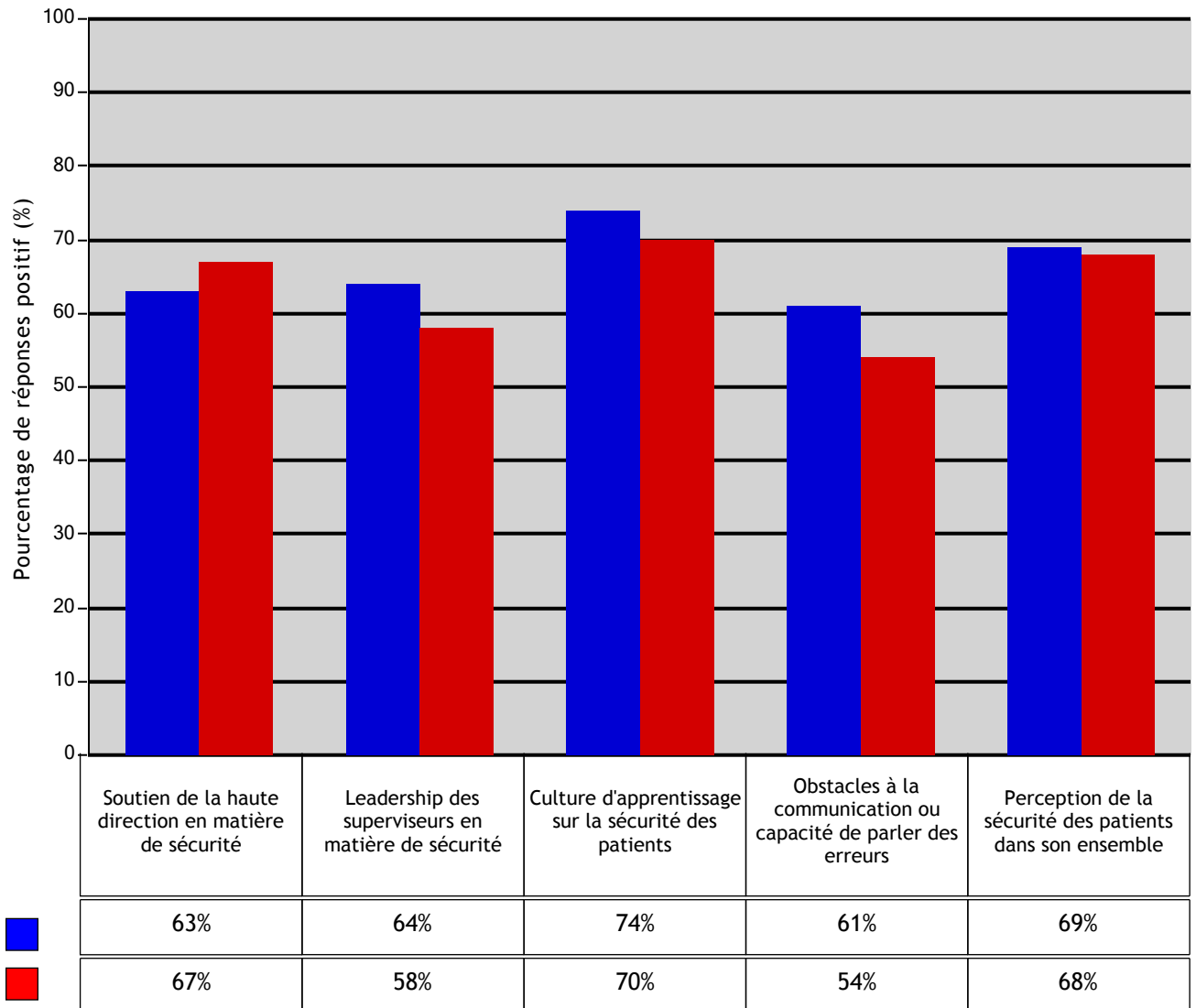
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 20 mars 2013 au 7 mai 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 178
- Nombre de réponses : 242

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agreement Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS de Sept-Îles et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

| Code couleur | Indicateurs | Organisation | | | Autres établissements du Québec | | |
|--------------|---------------|--------------|---------------------|------------|---------------------------------|-----------------------|------------|
| | | Résultat | Limites du résultat | | Résultat | Limites du comparatif | |
| | | | Inférieure | Supérieure | | Inférieure | Supérieure |
| JAUNE | Réalisation | 80,00 | 78,00 | 82,00 | 78,00 | 76,00 | 81,00 |
| JAUNE | Implication | 71,00 | 69,00 | 74,00 | 76,00 | 73,00 | 80,00 |
| JAUNE | Collaboration | 77,00 | 75,00 | 80,00 | 79,00 | 77,00 | 81,00 |
| JAUNE | Soutien | 65,00 | 63,00 | 68,00 | 71,00 | 67,00 | 76,00 |
| JAUNE | Communication | 66,00 | 63,00 | 69,00 | 70,00 | 66,00 | 74,00 |
| JAUNE | Leadership | 68,00 | 65,00 | 71,00 | 73,00 | 68,00 | 77,00 |

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

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

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

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

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

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

Clientèle hébergement :

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

| Code couleur | Indicateurs | Organisation | | | Autres établissements du Québec | | |
|--------------|----------------------------|--------------|---------------------|------------|---------------------------------|-----------------------|------------|
| | | Résultat | Limites du résultat | | Résultat | Limites du comparatif | |
| | | | Inférieure | Supérieure | | Inférieure | Supérieure |
| JAUNE | Relation avec le client | 85,00 | 82,00 | 89,00 | 83,00 | 80,00 | 85,00 |
| JAUNE | Prestation professionnelle | 82,00 | 78,00 | 87,00 | 81,00 | 80,00 | 81,00 |
| JAUNE | Organisation des services | 79,00 | 75,00 | 83,00 | 79,00 | 77,00 | 80,00 |

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS de Sept-Îles et celui observé dans des établissements comparables

| Code couleur | Indicateurs | Organisation n = 550 | | | Autres établissements du Québec n = 1448 | | |
|--------------|----------------------------|----------------------|---------------------|------------|--|-----------------------|------------|
| | | Résultat | Limites du résultat | | Résultat | Limites du comparatif | |
| | | | Inférieure | Supérieure | | Inférieure | Supérieure |
| ROUGE | Relation avec le client | 85,00 | 84,00 | 86,00 | 88,00 | 87,00 | 89,00 |
| ROUGE | Prestation professionnelle | 83,00 | 82,00 | 84,00 | 87,00 | 85,00 | 88,00 |
| JAUNE | Organisation des services | 76,00 | 74,00 | 77,00 | 81,00 | 73,00 | 87,00 |

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. |
| 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. |