



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Baie-Comeau, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 septembre 2021

Date de production du rapport : 18 novembre 2021

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2021. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport de visite.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	21
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	25
Résultats détaillés de la visite	29
Résultats pour les manuels d'évaluation	30
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	30
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	46
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	50
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	54
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	59
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	62
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	66
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	70
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	72
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	75
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	80
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	82
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	83
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	85

Programme Qmentum

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	87
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	88
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	89
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	93
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	98
Ensemble de normes : Télésanté	98
Annexe A - Programme Qmentum	103

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 septembre 2021**

- **Emplacements**

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

1. Centre de santé et des services sociaux de l'Hématite
2. Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Minganie
3. CLSC Corinne-Vallée-Therrien
4. CLSC de Baie-Johan-Beetz
5. CLSC Lionel-Charest
6. CLSC Marie-Leblanc-Côté
7. CSSS de la Basse-Côte-Nord
8. CSSS de Port-Cartier
9. GMFU de Manicouagan
10. Hôpital et CHSLD de Sept-Îles
11. Hôpital Le Royer
12. Pavillon Les Escoumins

- **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Santé physique
2. Services généraux

- Normes

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

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 manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	12	1	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	95	19	11	125
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	383	90	118	591
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	7	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	397	52	101	550
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	65	10	7	82
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	311	96	70	477
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	5	7	37
Total	1306	280	314	1900

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer 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.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	25 (62,5%)	15 (37,5%)	0	30 (62,5%)	18 (37,5%)	0	55 (62,5%)	33 (37,5%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	45 (88,2%)	6 (11,8%)	0	53 (80,3%)	13 (19,7%)	6	98 (83,8%)	19 (16,2%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	30 (73,2%)	11 (26,8%)	0	39 (84,8%)	7 (15,2%)	2	69 (79,3%)	18 (20,7%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	43 (97,7%)	1 (2,3%)	0	61 (91,0%)	6 (9,0%)	1	104 (93,7%)	7 (6,3%)	1

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie			43			50			93
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	29 (78,4%)	8 (21,6%)	1	35 (79,5%)	9 (20,5%)	6	64 (79,0%)	17 (21,0%)	7
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	56 (100,0%)	0 (0,0%)	20	68 (98,6%)	1 (1,4%)	16	124 (99,2%)	1 (0,8%)	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	1 (100,0%)	0 (0,0%)	27	32 (100,0%)	0 (0,0%)	28	33 (100,0%)	0 (0,0%)	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	81 (98,8%)	1 (1,2%)	0	58 (100,0%)	0 (0,0%)	6	139 (99,3%)	1 (0,7%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	24 (82,8%)	5 (17,2%)	0	35 (92,1%)	3 (7,9%)	4	59 (88,1%)	8 (11,9%)	4
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	56 (75,7%)	18 (24,3%)	3	47 (83,9%)	9 (16,1%)	6	103 (79,2%)	27 (20,8%)	9
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	9 (100,0%)	0 (0,0%)	27	14 (63,6%)	8 (36,4%)	30	23 (74,2%)	8 (25,8%)	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	0 (0,0%)	3 (100,0%)	0	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0	11 (68,8%)	5 (31,3%)	0

Total	399 (85,4%)	68 (14,6%)	121	483 (86,4%)	76 (13,6%)	155	882 (86,0%)	144 (14,0%)	276
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	28 (70,0%)	12 (30,0%)	0	42 (87,5%)	6 (12,5%)	0	70 (79,5%)	18 (20,5%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	15 (88,2%)	2 (11,8%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	1	33 (94,3%)	2 (5,7%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	15 (88,2%)	2 (11,8%)	1	40 (97,6%)	1 (2,4%)	1	55 (94,8%)	3 (5,2%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0	21 (91,3%)	2 (8,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	28 (87,5%)	4 (12,5%)	6	38 (92,7%)	3 (7,3%)	8	66 (90,4%)	7 (9,6%)	14

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	17 (63,0%)	10 (37,0%)	1	30 (76,9%)	9 (23,1%)	2	47 (71,2%)	19 (28,8%)	3
Total	128 (81,0%)	30 (19,0%)	129	229 (90,5%)	24 (9,5%)	12	357 (86,9%)	54 (13,1%)	20
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	2 (9,5%)	19 (90,5%)	0	2 (6,3%)	30 (93,8%)	0	4 (7,5%)	49 (92,5%)	0
Total	2 (9,5%)	19 (90,5%)	129	2 (6,3%)	30 (93,8%)	0	4 (7,5%)	49 (92,5%)	0
Total	529 (81,9%)	117 (18,1%)	129	714 (84,6%)	130 (15,4%)	167	1243 (83,4%)	247 (16,6%)	296

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité. 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	0 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	3 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	0 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	2 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	3 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	3 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	1 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	2 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	2 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	1 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	0 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le CISSS de la Côte-Nord regroupe des établissements de santé et de services sociaux sur un vaste territoire réparti sur 1300 km de littoral.

Des changements importants au niveau de la gouverne sont en actualisation. Une nouvelle présidente-directrice générale est en fonction depuis le mois de juin dernier, tandis qu'une présidente-directrice générale adjointe est entrée en fonction le matin de l'arrivée des visiteurs d'Agrément Canada.

De nombreux dossiers d'amélioration continue de la qualité sont en cours. L'établissement est en reprise de ses activités régulières après un ralentissement notoire dû aux mesures de délestage liées à la COVID-19.

Le recrutement et la consolidation de la main-d'œuvre représentent des enjeux importants. L'établissement est encouragé à revoir le processus interne de dotation afin d'accélérer l'octroi des postes au niveau clinique.

Des projets immobiliers majeurs sont en planification. Ils méritent toute l'attention afin que les calendriers de réalisation soient respectés.

Le bloc opératoire à Sept-Îles ne satisfait que partiellement aux normes en matière de sécurité de la clientèle. Les salles à pression positives sont désuètes et leur entretien demeure précaire. Les salles d'urgence sont congestionnées tant à Sept-Îles qu'à Baie-Comeau. L'unité d'hospitalisation en médecine-chirurgie à l'hôpital de Sept-Îles et le projet de dispensaire urbain sont d'excellents projets pour maintenir la compétence des professionnels et représentent un élément d'attraction. Toutefois, la pénurie d'effectifs conjuguée à des environnements désuets rend difficiles les conditions de travail, le maintien de la sécurité des soins et services tout en accentuant le problème de rétention observé.

Les équipes rencontrées sont dédiées à l'amélioration de la qualité et se disent mobilisées par cette recherche d'excellence. L'établissement aurait avantage à prendre un pas de recul pour bien inventorier l'ensemble des projets entamés ou projetés, pour évaluer ses capacités de réalisation en fonction des ressources disponibles et des efforts à déployer pour s'assurer de mener à terme ses engagements prioritaires.

Excellence des services

Les gestionnaires mentionnent communément « On apprend sur le tas ». L'établissement est invité à déployer une stratégie visant à soutenir et former ses nouveaux gestionnaires, à mettre en place un programme d'orientation intensif et structuré afin de faciliter leur intégration dans de nouvelles fonctions au sein de l'organisation. Dans un contexte d'apprentissage, le soutien à la préparation de la démarche d'agrément pourrait fournir une belle occasion de faire le point sur l'atteinte d'objectifs communs.

La notion de patient partenaire est très bien comprise et les travaux sont en cours dans les chapitres évalués. L'établissement reconnaît et fait la promotion de la pertinence de la contribution de l'usager aux démarches d'amélioration continue de la qualité.

Au chapitre des soins critiques et des unités d'hospitalisation, la gestion de la qualité et des risques est en voie d'intégration. Des plans d'amélioration de la qualité sont en place. Toutefois, beaucoup de travail demeure à faire, car les objectifs n'apparaissent pas intégrés dans l'ensemble des installations. À titre d'exemple, les niveaux de soins, la communication des droits et responsabilités des usagers, le travail de collaboration avec le service des urgences sont autant d'exemples illustrant que ces processus ne sont pas harmonisés dans l'ensemble du CISSS.

L'établissement est invité à poursuivre son cheminement vers l'amélioration et à faire des bilans d'étapes afin de garder mobilisées ses équipes dans ce processus. Cela constitue une condition essentielle pour l'intégration et l'harmonisation de la culture de mesure.

Le transfert d'information demeure un élément incontournable pour la sécurité de la clientèle.

Les rencontres de gestion de lits sont amorcées. L'établissement est encouragé à définir les rôles et responsabilités des personnes qui composent l'équipe. La révision des processus s'inscrit dans cette perspective. Il faudra à l'établissement beaucoup d'audace pour initier et mettre de l'avant certaines mesures qui auront une incidence sur la réduction de la congestion dans les salles d'urgence.

Néonatalogie et pédiatrie

Le personnel des équipes mère-enfant est polyvalent dans tous les secteurs couvrant la néonatalogie et la pédiatrie. Ceux-ci bénéficient de formations sur la gestion des risques en obstétrique qui contribuent à l'amélioration d'une culture de sécurité. Toutefois, peu de formations sont dédiées spécifiquement au volet pédiatrique pour répondre aux besoins de cette population. Une belle initiative est déployée à l'Hôpital de Sept-Îles en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval pour corriger cette situation. L'établissement est encouragé à élargir cette initiative aux deux centres de pédiatrie de son territoire.

La trajectoire pédiatrique n'est pas uniforme au sein du CISSS de la Côte-Nord. Les intervenants des urgences

doivent composer avec les bris de services des soins intensifs pédiatriques ou des unités de pédiatrie. Malgré la grande mobilisation des équipes, le taux d'occupation des urgences est élevé et les centres régionaux sont sollicités. L'établissement est invité à développer des stratégies pour améliorer la fluidité.

Services d'oncologie

Il y a lieu de féliciter le service d'oncologie ayant été un des premiers services à avoir inclus un patient partenaire. Cette équipe engagée et passionnée est encouragée à partager l'expérience vécue avec les autres centres hospitaliers du CISSSCN. Ils ont le souci d'offrir des soins de qualité et de sécurité.

Un enjeu certes sera la mise en place de chambres destinées aux usagers en soins palliatifs et en soins de fin de vie.

Les services sociaux généraux jouissent quant à eux d'une grande reconnaissance dans la communauté. Il y a une excellente collaboration et une reconnaissance de la qualité des interventions effectuées tant à l'interne qu'avec les partenaires du milieu communautaire. « Le milieu est pauvre en organismes communautaires, mais témoigne d'une grande richesse en soutien communautaire ». Néanmoins, les communautés éloignées font face à de grands défis afin d'obtenir l'intervention requise en temps opportun. Un enjeu important de communication subsiste concernant la transmission des informations critiques aux intervenants déployés sur le terrain. Ceci vaut pour la sécurité des usagers comme pour leur propre sécurité.

Imagerie

Le leadership amené par la gestionnaire en place a un effet mobilisateur chez le personnel et permet de briser les silos pour une collaboration davantage transversale entre les services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire.

Le développement professionnel est valorisé et l'établissement est invité à poursuivre cette démarche dans l'optique de viser l'excellence des soins offerts à la population.

De nombreux projets technologiques de remplacement d'appareil et de mise aux normes des enceintes de préparation stérile (EPS) en médecine nucléaire sont en cours ou en planification. Ces projets apporteront des défis importants, mais essentiels pour l'accès et l'amélioration de la qualité des soins chez les usagers.

L'augmentation des demandes d'examens jumelées à des ressources humaines restreintes tant médicales que professionnelles et une disponibilité d'appareil d'imagerie limitée seront un défi.

Télésanté

Il a été possible de rencontrer l'équipe responsable de la télésanté. Une équipe motivée et volontaire engagée

à faire progresser la télésanté au sein du CISSS.

Afin de démarrer sur des bases solides, un moratoire temporaire sur les développements de projet en télésanté a été annoncé le 26 mars 2021. Une restructuration a été ainsi effectuée permettant la reprise des activités d'un comité stratégique et d'un comité consultatif.

Il faut souligner que des outils ont été créés, soit un guide de demande de projet en télésanté, une fiche de demande de projet en télésanté ainsi qu'une fiche de cotation de demande de projet permettant l'analyse des demandes.

Quelques projets ont vu le jour, notamment une entente de service temporaire avec le Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval afin d'éviter un bris de service pour des échographies de dépistage morphologique et un projet de téléconsultation en pneumologie entre Sept-Îles et Baie-Comeau. Il est cependant difficile d'évaluer ces projets et l'établissement est encouragé à poursuivre en ce sens.

Bien qu'il existe une motivation palpable et une volonté de l'équipe à déployer la télésanté au sein du CISSS, cette équipe restreinte est confrontée à plusieurs défis faisant obstacle au déploiement de la télésanté soit notamment la main-d'œuvre dédiée et la complexité reliée à la gestion des dossiers papier présentement utilisés au sein du CISSS.

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 le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Mécanisme de déclaration des événements indésirables Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services 1.6.1
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.58 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.28 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.29 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.24 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire 11.1.58 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.9
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.41 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services 1.3.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.98 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.66 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.64 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.123 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.45 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager 16.1.4 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.39 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.62 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire 11.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.36 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.104

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.37
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.29

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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 pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. 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.

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

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.3 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.2.3 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

1.3.11	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.3.17	L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.3.19	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
1.3.21	Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.	
1.4.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
1.4.10	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4.11	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
1.5.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!

1.5.9	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.13	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
1.5.14	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.15	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.22	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7.1	Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
1.7.8	Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en oeuvre.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Depuis la dernière visite, la culture de la mesure est en constante évolution. Elle n'est pas encore intégrée à l'ensemble de l'organisation.

Bien que des tableaux de bord existent avec des indicateurs pertinents (salles de pilotage), ils ne sont pas nécessairement rendus jusqu'aux équipes terrain. Les équipes et les gestionnaires doivent s'approprier ces outils et les utiliser pour amener des changements dans les trajectoires des usagers.

Le plan de formation devrait être révisé pour l'adapter aux besoins de la population. Par exemple, la présence de plus en plus des patients âgés qui ont survécu à des maladies graves exigera une adéquation de l'expertise professionnelle à la condition médicale de ces patients gériatriques. De plus, les intervenants anglophones en centres périphériques ne reçoivent pas des formations en anglais, ce qui demeure un enjeu de rétention de la main-d'œuvre en contexte de rareté.

L'appropriation et l'intégration de l'approche patient-partenaire doit se poursuivre après le ralentissement dû à la pandémie. Les patients partenaires sont restés en contact avec l'établissement ce qui a été une très bonne décision pour les garder motivés et engagés.

Le futur bureau de partenaire est une belle initiative, car les patients partenaires participent dans une trentaine de comités de l'établissement. Ce projet est à prioriser parce que l'expérience du patient peut apporter beaucoup à l'amélioration de son parcours à travers les différents soins et services.

La pénurie du personnel s'est fait sentir encore plus en contexte de pandémie. Les efforts déployés ainsi que les stratégies identifiées lors du Forum de la main-d'œuvre ne semblaient pas donner les résultats escomptés. L'établissement cherche toujours de nouvelles stratégies pour lutter contre la pénurie du personnel soignant. Une soixantaine des infirmières du CISSS a participé à une initiative de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour discuter sur la situation de pénurie du personnel infirmier. La direction des soins infirmiers (DSI) mettra en place les recommandations de cette démarche.

L'établissement doit porter une attention particulière à la qualité de dossiers. L'information clinique de l'utilisateur est essentielle pour la continuité de soins.

La gestion des risques et de la qualité continue d'évoluer vers une intégration dans l'ensemble des secteurs.

Il est à souligner la consolidation de la culture juste, le personnel rencontré, incluant les médecins, considère que la déclaration des accidents permet d'identifier les failles dans les processus cliniques et administratifs.

La direction de la qualité suit régulièrement le tableau de bord avec des indicateurs de résultats comme les nombres d'accidents-incidents, le taux de conformité de la dernière visite d'agrément, etc.

Il est recommandé d'inclure des indicateurs de processus clinique et organisationnel ainsi que des indicateurs financiers permettant ainsi aux gestionnaires et aux équipes d'avoir une vision d'ensemble de

l'organisation.

Le fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité est remarquable, les discussions sont très pertinentes et la surveillance des plans d'actions issues des plaintes est rigoureuse.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.8 Des services d'urgence complets sont fournis en collaboration avec les partenaires.	
2.1.11 La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements.	
2.1.12 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.	!
2.1.13 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!
2.1.14 Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.	
2.1.15 Les protocoles pour gérer les périodes de congestion et d'afflux massif sont suivis avant de faire appel à d'autres établissements de santé ou de détourner des ambulances.	
2.1.20 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
2.1.44 Une politique et un processus sont en place pour gérer les questions d'ordre médico-légal au service des urgences.	!
2.1.55 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.55.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	POR
2.1.61 Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps.	!
2.1.62 Un accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.	
2.1.69 Une politique est en place sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	

2.1.72	De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'organisme et du service des urgences.	
2.1.88	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
2.1.89	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.89.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>2.1.89.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.89.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.</p> <p>2.1.89.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>2.1.89.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
2.1.90	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

2.1.95	Des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'usagers vers d'autres établissements, ainsi qu'au nombre d'usagers qui quittent le service sans avoir été vus sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.97	Les données relatives au temps d'attente, à la durée de séjour aux urgences et au nombre d'usagers qui quittent le service des urgences sans avoir été vus font l'objet d'un suivi et servent à effectuer des comparaisons.	
2.1.98	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
2.1.98.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
2.1.98.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
2.1.98.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	
2.1.98.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
2.1.98.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
2.1.98.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	

2.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).



2.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

Un plan d'amélioration de la qualité est disponible pour les urgences du territoire. Les rôles et les responsabilités y sont bien établis, bien qu'on n'y retrouve pas de plan d'étapes.

L'établissement a le souci de former ses équipes à des situations qui méritent une attention particulière tels les problèmes de santé mentale et la pédiatrie.

Les échéanciers sont toutefois assez longs. À titre d'exemple, «?réaliser des sessions de formation à 50 % du personnel d'ici le 31 mars 2023?». L'établissement est encouragé à faire des bilans d'étapes afin de renforcer la motivation des équipes vers l'atteinte des résultats.

Également, l'établissement est invité à cibler les installations et à faire l'annonce des dates de formations afin de voir l'évolution de l'atteinte de l'objectif et de pouvoir le mesurer.

L'efficacité des transitions est une pratique organisationnelle requise (POR) à atteindre à brève échéance.

Urgence Hôpital de Sept-Îles : Une visite à cette urgence démontre que les équipes travaillent très fort pour faire face à l'achalandage. L'équipe en place doit obtenir le support de personnel d'agence pour près de 50 % de son équipe.

Une équipe de coordonnateurs 24/7 est en place afin d'assurer la fluidité du parcours de l'utilisateur. L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux amorcés et à ajouter des partenaires au besoin afin de résoudre les problèmes de congestion. L'analyse des données en lien avec les durées de séjour sur civière, les temps d'attente, le nombre de personnes qui quittent l'urgence sans avoir été vues doit faire l'objet d'un suivi régulier et être communiquée aux équipes.

Bien que le CISSS ait été peu touché par la pandémie, il n'en demeure pas moins que les personnes âgées qui sont demeurées à la maison durant cette période, se présentent aux services des urgences dans un état de déconditionnement avancé. Le nombre de personnes âgées dans les civières de l'urgence s'est accentué et représente un défi important auquel l'équipe est confrontée.

Selon les équipes rencontrées, des lits d'hébergements sont disponibles sur le territoire et la distance ne permet pas de relocaliser les usagers facilement. Toutefois, il est conseillé à l'établissement de s'assurer que l'utilisation des ressources disponibles sur le territoire est efficace et que l'offre de service de ces régions répond bien aux besoins populationnels.

Plusieurs problèmes vécus au niveau de l'urgence de Sept-Îles relèvent d'une infrastructure déficiente (environnement désuet) qui peut avoir une incidence sur l'attraction des équipes de travail. On souligne la forte présence de la main-d'œuvre indépendante qui bien souvent se présente dans l'établissement avec des demandes et exigences spécifiques qui peuvent exercer une influence négative sur l'émergence et la pérennité des pistes d'améliorations. Des employés par exemple qui préfèrent travailler à l'urgence en raison de leur expertise plutôt que de travailler à l'unité de soins.

Urgence de Baie-Comeau :

Une équipe d'intervention d'urgence (SWAT team) du ministère de la Santé et des Services sociaux se présentera la semaine prochaine à l'urgence de l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau afin de parler aux équipes et de voir les pistes d'améliorations pour réduire la congestion. Les travaux réalisés à cet établissement seront certainement porteurs pour l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles.

De manière générale?;

La réévaluation des usagers au triage est mise en place, ce qui est une bonne pratique. L'évaluation du risque suicidaire est réalisée en temps réel et les interventions de suivi sont faites.

Respect de vie privée : Les patients occupent des civières autour du poste et sans rideaux. D'autres civières dans les zones de désengorgement ont des rideaux et des cloches d'appels.

Il est conseillé à l'établissement de revoir l'organisation du service de l'urgence en collaboration avec les GMF, CLSC, unités de soins.

L'équipe de soins est félicitée pour son souci de la qualité des soins offerts.

Urgence de Minganie : l'équipe rencontrée est bien encadrée par la gestionnaire dont le style de gestion est très apprécié. Le climat de travail est très bon et il y a beaucoup d'entraide.

L'environnement physique est propre et sans encombrement.

Les équipes participent activement à améliorer l'organisation du travail.

Visites virtuelles : Pavillon Les Escoumins et CSSS de la Basse-Côte-Nord

Au pavillon Les Escoumins et au CSSS de la Basse-Côte-Nord ; le travail se fait en équipe dans une approche collaborative et humaine. Les équipes connaissent bien la population desservie

Au pavillon CSSS de la Basse-Côte-Nord ; les services ont été maintenus en contexte de pandémie.

Au pavillon Les Escoumins ; il serait pertinent d'avoir des échanges réguliers avec la hiérarchie afin de discuter des enjeux rencontrés.

Il y a également la nécessité d'offrir plus de formation aux équipes afin de maintenir les compétences et l'expertise.

Le manque de places en CHSLD constitue un autre enjeu pour cet établissement.

Pour le CSSS de la Basse-Côte-Nord?; il faut maintenir continuellement les compétences cliniques à jour, car la polyvalence est grande. Le milieu étant anglophone, il y aurait lieu de soutenir la formation continue dans cette langue.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.4 De la formation et du perfectionnement sont fournis au sujet des plans de cheminement clinique établis.	!
3.1.7 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
3.1.23 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
3.1.32 Une évaluation exhaustive des besoins en matière de soins gériatriques est réalisée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
3.1.33 L'équipe de l'unité d'hospitalisation travaille conjointement avec celle du service des urgences pour entreprendre l'évaluation des besoins en matière de soins gériatriques, s'il y a lieu, dans le cas des usagers qui entrent dans l'organisme en passant par le service des urgences.	!
<p>3.1.36 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>3.1.36.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.</p> <p>3.1.36.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
3.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
3.1.47 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

3.1.61.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
3.1.61.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
3.1.61.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
3.1.62	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.1.64	Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	!
3.1.65	Le cas échéant, les plans de cheminement clinique sont suivis systématiquement pour la prestation de soins afin d'obtenir la même qualité de soins pour tous les usagers dans tous les milieux.	!
3.1.66	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	POR
3.1.66.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.	
3.1.66.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	

3.1.66.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
3.1.66.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	
3.1.66.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
3.1.66.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
3.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
3.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
3.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
3.3.8	Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
3.3.9	Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.	
3.3.10	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.	
3.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

- 3.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

L'unité de médecine-chirurgie de l'Hôpital de Sept-Îles a vécu au fil des années plusieurs gouvernes. Une nouvelle infirmière-chef apporte un souffle nouveau et offre une vision renouvelée des soins et des services à offrir.

L'établissement est encouragé à s'assurer de bien soutenir les transformations à venir dans ce secteur, car l'équipe démontre une motivation à s'impliquer dans le projet de réorganisation qui sera insufflé à ce secteur d'activité.

Un projet majeur de réaménagement et de réorganisation du secteur de la médecine - chirurgie et de l'Unité de courte durée gériatrique – Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (UCDG- URFI) est en cours et est porteur pour les soins et services à la clientèle.

Au chapitre de l'amélioration de la qualité, il est recommandé à l'établissement de cibler les priorités et d'identifier des suivis d'étapes afin de voir l'évolution des résultats et d'encourager l'ensemble des équipes à poursuivre dans le sens demandé.

Unité d'hospitalisation Baie-Comeau :

Au niveau de l'environnement physique : Le matériel souillé et le matériel propre se croisent.

L'encombrement du poste infirmier incluant la pharmacie est visible et il y a peu d'espace pour le nombre de personnes qui y travaillent. Toutefois, les personnes rencontrées ont précisé qu'un plan est établi pour rénover le poste de travail au niveau de l'unité.

Les cylindres d'oxygène sont localisés dans un corridor de passage fréquenté. Toutefois, le manodétendeur est en position debout et dans un dispositif pour contrer les chutes. Selon les bonnes pratiques (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail/SIMDUT, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales/ASSTSAS), ils doivent être entreposés dans un lieu ventilé.

La transmission de l'information au point de transition est bien documentée. L'équipe a travaillé avec ses partenaires pour répondre aux besoins d'information requis en élaborant un formulaire normalisé. L'établissement est invité à inclure le formulaire au dossier de l'utilisateur.

Unité de médecine et de pédiatrie en Minganie :

Les deux secteurs de l'unité sont bien gérés par la même gestionnaire, l'unité est bien gérée. Il y a un bon climat de travail.

Les lieux physiques sont propres et sans encombrement.

C'est une approche collaborative qui est très présente et soulignée par l'équipe.

L'accès aux soins palliatifs est assuré.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.5 Un plan permet aux unités de soins critiques de faire face aux périodes d'intensification, de façon à pouvoir prendre en charge un nombre élevé d'usagers quand le volume de demandes augmente, ainsi qu'en cas de pandémie, de circonstances faisant un grand nombre de victimes ou d'autres situations d'urgence à grande échelle.	
4.1.69 Les données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs (USI) sont accessibles, et il existe un processus pour examiner ces données, de façon à repérer les possibilités de dons manquées et à transmettre l'information de façon appropriée.	!
4.1.75 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1.80 Il existe une politique relative au don après décès circulatoire (DDC).	
4.1.81 Il existe une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
<p>4.1.89 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>4.1.89.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>4.1.89.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>4.1.89.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p>	

4.1.89.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
4.1.89.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
4.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
4.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

Un plan d'amélioration de la qualité est en place. L'information aux points de transition des soins est une pratique organisationnelle requise (POR) incontournable à travailler dans les meilleurs délais.

Pour faciliter le travail de concertation entre les établissements du CISSS de la Côte-Nord, l'équipe de direction est invitée à identifier/voir à décortiquer le plan d'amélioration en étapes précises, possiblement en débutant avec un service de soins critiques, et d'en faire un modèle pour les autres unités. Le travail est bien amorcé et constitue une base solide pour voir les progrès et ajouter au besoin des défis à relever.

Les taux de réadmission aux soins intensifs sont un indicateur précieux pour évaluer la qualité des interventions. L'établissement est encouragé à documenter cette donnée et à identifier des pistes d'améliorations si nécessaire.

Soins intensifs, Hôpital de Sept-Îles :

Une équipe dédiée et fière du travail accompli travaille aux soins intensifs. La cohabitation avec le personnel d'agence se fait facilement.

L'équipe assure un travail rigoureux et démontre un enthousiasme à la nouvelle gouverne qui s'implante. L'équipe avoue d'entrée de jeu avoir retiré un bénéfice de la pandémie soit le retour d'une collaboration et d'une cohésion avec l'équipe de l'urgence ce qui facilite les communications et le transfert des usagers

d'un secteur à l'autre. La collaboration médecin-infirmière est à souligner.

Les efforts de cette équipe pour soutenir le service de l'urgence lorsque les niveaux d'activités le permettent sont à souligner.

L'établissement est invité à amorcer une réflexion sur le cheminement des usagers aux soins intensifs afin de mesurer la fréquence des congés à partir des soins intensifs et de voir dans quelle mesure cette situation peut être améliorée.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
Les services de néonatalogie étaient fermés au moment de la visite. De plus, le chapitre 5 - Services de néonatalogie s'applique uniquement aux services de néonatalogie de niveaux 2 et 3.	

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
6.1.1 Les services sont conçus conjointement pour servir efficacement des populations d'enfants et de jeunes, le cas échéant.	
6.1.3 De la formation et du perfectionnement sont fournis sur la façon de travailler auprès des usagers en pédiatrie et des jeunes pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins.	!
6.1.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur les processus de l'organisme visant à déterminer, à augmenter ou à changer le niveau de soins d'un usager.	!
6.1.7 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
6.1.24 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
6.1.25 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
6.1.26 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>6.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>6.1.29.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
6.1.31 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
6.1.32 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
6.1.34 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.	

<p>6.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>6.1.37.3 Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en oeuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.</p> <p>6.1.37.4 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.</p> <p>6.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>6.1.42 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.</p>	
<p>6.1.43 S'il y a lieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.</p>	
<p>6.1.57 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.</p>	
<p>6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.58.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>6.1.58.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p>	

6.1.58.5	<p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	
6.1.59	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
6.1.60	Dans le cas des usagers en pédiatrie ou des jeunes, la planification de la transition vers des soins aux adultes se fait en partenariat avec l'utilisateur et la famille et cela est consigné dans le plan d'intervention interdisciplinaire.	
6.1.63	Le cas échéant, les plans de cheminement clinique sont suivis systématiquement pour la prestation de soins afin d'obtenir la même qualité de soins pour tous les usagers dans tous les milieux.	!
6.1.64	<p>Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p> <p>6.1.64.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>6.1.64.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p>	

6.1.64.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	
6.1.64.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
6.1.64.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
6.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Les services de pédiatrie ont vécu des périodes difficiles dans les dernières années et particulièrement dans les derniers mois avec les fermetures de services. Les équipes sont mobilisées pour offrir des services sécuritaires, mais elles sont fragilisées par l'instabilité du personnel. L'équipe médicale offre un soutien indéniable à la clientèle et aux équipes cliniques afin de maintenir une offre de service sécuritaire, toutefois la situation est précaire et requiert une attention particulière. Les équipes bénéficient de la venue de nouveaux gestionnaires dynamiques et mobilisateurs, soucieux du bien-être de la clientèle et de leurs équipes et engagés à améliorer les pratiques.

Mis à part la résilience des équipes, certaines réussites des services de pédiatrie méritent d'être soulignées comme le déploiement d'une formation à l'interne sur la pédopsychiatrie pour faire face aux besoins grandissants de cette clientèle et le développement de liens avec les centres tertiaires pour développer un programme de formation continue.

L'établissement est invité à revoir les stratégies pour diminuer les risques de bris de services et améliorer la trajectoire de la clientèle pédiatrique et pédopsychiatrique afin d'assurer la pérennité de ses services spécialisés sur leur territoire.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
7.1.130 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 7 - Services d'oncologie**

L'équipe utilise les lignes directrices, les données probantes ainsi que les protocoles qui viennent soit du CHU de Québec ou de l'Institut de cardiologie et pneumologie de Québec. Il a lieu de mentionner qu'il n'y a pas de spécialistes en hémato-oncologie en présentiel. Cependant, une entente de service a été conclue avec les hémato-oncologues du CIUSSS de Chicoutimi. Le service est assuré par des omnipraticiens formés en oncologie, et ce, pour assurer les suivis de la clientèle et le centre reçoit régulièrement la visite des hémato-oncologues.

Il existe un dossier satellite pour chaque usager aux services de l'oncologie et le personnel a accès aux dossiers antérieurs par le service des archives. Une belle collaboration se dégage entre ses deux services.

Les qualités humaines et professionnelles des médecins et du personnel qui travaillent auprès des usagers en soins oncologiques sont remarquables et méritent d'être soulignées. Chacune des personnes rencontrées est fière de faire partie de cette équipe et voit à participer aux activités favorisant le bien-être et le support de chacun des membres de l'équipe. Les liens de l'équipe sont forts et partagés. De plus, le service reçoit des fonds de la Fondation du Centre hospitalier Le Royer soit pour se procurer de l'équipement ou des fournitures pour le mieux-être de la clientèle.

L'établissement offre de la formation aux usagers sur la sécurité, notamment, la prévention des chutes, de l'information sous forme de conseils et précautions sur les médicaments, lors du retour à domicile. Des formations plus spécifiques sont aussi offertes au personnel pour améliorer les compétences techniques et se tenir à jour. Des rencontres d'équipe sont organisées, de même que le comité multidisciplinaire oncologique, des rencontres scientifiques avec la participation de stagiaires en pharmacie de l'Université Laval. Par exemple, une formation concernant une nouvelle molécule utilisée pour le cancer du foie pour l'ensemble des prestataires de soins et l'équipe médicale. Le service est invité à impliquer activement leur patient partenaire. De la formation continue est aussi offerte à l'ensemble du personnel sur les lieux de travail, via l'intranet. Le personnel connaît le comité d'éthique et sait qu'il peut y référer au besoin.

Une infirmière est affectée aux services de soins palliatifs et de fin de vie. Aussi, des lits spécifiquement

attribués à l'oncologie se retrouvent sur les unités de médecine/chirurgie.

Au niveau de la pharmacie, l'aire de travail, la préparation des médicaments et la double vérification respectent les normes et critères qui y sont reliés.

Les espaces sont adéquats, cependant, considérant la structure des lieux physiques, il est difficile d'assurer une intimité et la confidentialité requises, les espaces de traitement sont séparés par des rideaux. Les corridors et les aires de circulation sont fluides. Il existe une cohabitation du propre et du souillé dans l'unité souillée. À cet endroit, dans une armoire fermée, un récipient est en place pour déposer les fournitures utilisées lors d'un traitement d'oncologie, respectant ainsi les bonnes pratiques. On observe que des traitements, comme une transfusion sanguine, sont administrés par le service d'oncologie. Le service est invité à revoir avec le service de médecine d'un jour la possibilité que ce traitement soit administré au service de médecine d'un jour, et ce, dans un but d'optimisation des services et de standardisation des pratiques d'administration des produits sanguins.

Le personnel et l'utilisateur ont accès à du soutien de la part de l'équipe. Il y a aussi une possibilité d'avoir recours au Programme d'aide aux employés (PAE) de l'organisation. Ce soutien pourrait cependant être complété par l'utilisation, en toute confidentialité et lorsque l'employé en ressent le besoin, d'un soutien psychologique externe.

Les services aux usagers en oncologie suivent l'évolution du patient et de sa maladie : consultations, examens complémentaires, diagnostic, traitement médicamenteux, complications, support, accompagnement vers le bien-être.

Lors de l'annonce de diagnostics à l'utilisateur, les médecins, l'infirmière pivot et les infirmières en oncologie sont formées pour donner du soutien à l'utilisateur et à ses proches. Tout le personnel travaille dans le même sens, dans un souci de préserver l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité de décision.

De nombreux outils d'information sont mis à la disposition des usagers au service de l'oncologie, pour les informer sur ce qu'ils vivent en oncologie. Les usagers peuvent aller consulter les informations qui sont remises aux usagers sous forme de « passeport » ainsi que les différents points de vigilance que l'utilisateur doit surveiller pour assurer sa propre sécurité durant son parcours.

Le consentement des usagers est éclairé et des preuves en ce sens sont déposées au dossier. On y donne suite par une discussion personnalisée avec le médecin, la pharmacienne ou l'infirmière pivot, qui précisent à nouveau les informations contenues dans les brochures, les feuillets, en fonction de la maladie et du traitement de l'utilisateur, et répond à ses questions. Selon les usagers rencontrés, le personnel s'assure que les informations sont bien comprises avant de quitter le service.

L'échelle de gestion de la douleur est appliquée, de même que le programme de prévention des chutes de l'organisation qui est complété au dossier consulté. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission est complété selon la politique en vigueur dans l'organisation.

L'équipe déclare les événements indésirables. Ils sont analysés et discutés lors des rencontres d'équipe en vue d'améliorer le fonctionnement du service.

Un bilan annuel des activités est réalisé et les résultats sont transmis à différentes instances, dont la direction. Ces données servent entre autres à réaliser le rapport annuel de l'organisation. On ne retrouve pas de plan opérationnel, le service est encouragé à mettre en place un plan opérationnel avec la collaboration de l'équipe et du patient partenaire, afin de bien mesurer les atteintes des objectifs du service.

Il y a lieu de souligner que le service d'oncologie a été le premier service à mettre en place le projet du patient partenaire, bravo à l'équipe pour cette belle initiative, il est invité à partager son expérience et ses résultats, à ce jour, avec les autres services et du comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Le personnel infirmier dédié à cette clientèle démontre de la bienveillance. Ainsi, lorsque le service d'urgence appelle afin d'obtenir un lit pour un usager ayant des besoins en soins palliatifs ou des soins de fin de vie, au 3e étage l'unité de médecine/chirurgie ou à l'unité d'URFI au 4e, une infirmière de l'unité de soins, va faire une évaluation de cet usager à l'urgence, car le personnel se préoccupe d'offrir des soins de confort à l'usager et d'assurer sa dignité. Il n'existe aucun lit consacré aux soins palliatifs ou de fin de vie au Centre hospitalier Le Royer.

Toutefois, comme il n'y a pas de chambre consacrée à cette clientèle, cela apporte son lot d'insatisfaction au niveau du personnel. Par exemple, parfois, le personnel peut faire jusqu'à 12 déplacements pour enfin, obtenir une chambre privée. Ce qui n'est pas une bonne pratique, de plus, l'organisation du travail n'est pas optimale. Cette façon peut entraîner des risques possibles d'accidents/incidents, le mécontentement du personnel qui ne peut entièrement répondre aux besoins de l'usager et la famille en fin de vie, car il doit continuer à couvrir les soins et les services de ses 12 autres usagers qui sont sous sa responsabilité, ce qui augmente la charge de travail.

Selon les personnes rencontrées, aucune formation n'est donnée aux infirmières qui ont un intérêt ou un désir de travailler avec cette clientèle. Cependant, si une infirmière démontre un intérêt pour cette clientèle, elle est jumelée avec une infirmière ayant déjà cette expertise. On ne retrouve aucune procédure concernant les soins buccaux et le soulagement de la douleur. Le seul document trouvé « Ordonnance individuelle standardisée, détresse en soins palliatifs et de fin de vie ».

Le service est invité à faire des liens avec l'infirmière de liaison du service d'oncologie et de l'urgence pour optimiser des façons de faire et d'être plus efficace dans de telles situations. De plus, l'établissement est convié à revoir son organisation du travail en collaboration avec les acteurs impliqués dans les soins palliatifs ou les soins de fin de vie, à revoir le nombre d'usagers qui ont des besoins de soins palliatifs dans les dernières années et de mettre en place une chambre dédiée aux soins palliatifs ou des soins de fins de vie.

Parfois, il y a des rapprochements qui se font avec la maison Vallée des Roseaux, pour transférer un usager ayant des besoins de soins palliatifs ou de fin de vie. Toutefois, la maison Vallée des Roseaux n'accepte pas la clientèle confuse ou ayant besoin de soins « communément » appelé lourds.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.8 Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!
9.1.104 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 9.1.104.1 Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes. 9.1.104.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes. 9.1.104.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
9.1.123 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers. 9.1.123.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	

- 9.1.123.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 9.1.123.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 9.1.123.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 9.1.123.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 9.1.123.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.123.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

La responsable du bloc opératoire est partie à la retraite et la nouvelle gestionnaire n'est en poste que depuis quelques mois. Dans la dernière année, le bloc a été confronté à des remplacements de ressources humaines, et ce, en période de pandémie. La responsable a été appelée à faire du remplacement au niveau de son centre d'activité par manque de personnel. Depuis, elle s'est engagée à faire tourner les salles dont deux en chirurgie générale, une pour l'endoscopie et une salle en réserve pour les urgences. Présentement, le taux d'occupation des trois salles est à 100 %. On observe une belle synergie au niveau des professionnels, engagés et dévoués. Selon la personne rencontrée, il n'existe pas actuellement de pénurie de ressources au bloc opératoire, les horaires des quarts de travail sont comblés.

Le personnel démontre une belle ouverture à l'approche du patient partenaire. Plusieurs activités concernant les soins et les services impliquent l'utilisateur au niveau de ses soins.

Un partenariat est bien établi entre la responsable de la gestion des lits et la responsable de l'urgence

pour libérer le plus rapidement les lits du service d'urgence.

Les lieux physiques sont propres et les aires de circulation sont fluides. Le matériel stérile ne s'entrecroise pas avec le matériel contaminé. On observe au niveau de deux (2) salles du bloc opératoire un revêtement fait de demi-murs en céramiques, ce qui ne représente pas les bonnes pratiques pour un bloc opératoire. Un plan est en cours de réalisation pour éliminer ce type de revêtement et le remplacer par de l'acier inoxydable, et ce, pour éviter des contaminations possibles et se conformer aux bonnes pratiques.

Les visiteurs ont observé une belle complicité entre le personnel de l'URDM et le bloc opératoire. Une belle collaboration entre les deux secteurs d'activités.

Lors du transport du matériel propre et du matériel contaminé de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) ou du bloc opératoire, il existe un parcours pour le transport du matériel propre et un autre pour le matériel souillé, donc aucun croisement possible, la procédure répond aux meilleures pratiques. Toutefois, on observe à l'intérieur du bloc opératoire qu'il y a une possibilité de croisement du propre et du souillé à cause de la structure des lieux physiques. Selon le personnel rencontré, avant de quitter la salle avec le matériel souillé on s'assure que le corridor est libre.

Le bloc opératoire s'est récemment muni d'un système d'appel général pour répondre aux besoins lorsque nécessaire. Dans l'ensemble, le bloc opératoire présente un bon nombre de conformités aux normes et critères de qualité et de sécurité. Le secteur d'activité a le souci d'harmoniser ses pratiques avec le Centre hospitalier de Sept-Îles. Pour l'ensemble des professionnels, l'usager est au cœur de leurs activités.

Pour le Centre hospitalier de Sept-Îles, le retraitement des instruments est fait par des employés très expérimentés. Il n'existe pas de programmes d'orientation documentés permettant de consigner leurs expertises. Les procédures organisationnelles normalisées ne sont pas à jour et elles sont non conformes à la réalité des plateaux utilisés au quotidien. Les salles d'opération sont à pression positive. L'utilisation du stérilisateur Flash est peu documentée.

Il y a lieu de noter que pour le Centre hospitalier de Sept-Îles, l'environnement physique des salles d'opération est dans un état de vétusté avancé. On y retrouve un plancher brisé à de nombreux endroits, ce qui pourrait mettre à risque de chutes le personnel. De plus, la salle d'ophtalmologie représente un risque pour la santé et la sécurité, on y trouve des murs dont la peinture est très abîmée. Selon la responsable, un plan d'immobilisation est en cours de réalisation.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
10.1.24 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 10.1.24.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins. 10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique. 10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 10.1.29.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme. 10.1.29.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	

10.1.29.5	Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.	
10.1.34	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
10.1.41	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
10.1.43	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
10.1.45	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	POR
10.1.45.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.	
10.1.45.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
10.1.45.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
10.1.45.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	

- 10.1.45.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 10.1.45.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 10.1.45.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 10.1.45.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

10.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.

10.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

10.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

10.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

!

!

!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Les services ambulatoires offerts sont : la médecine de jour, la clinique de maladie chronique l'insuffisance cardiaque, la clinique de la douleur entre autres. Il s'agit des petites équipes

multidisciplinaires de quelques personnes qui donnent les services de soins.

Ces cliniques offrent des services d'administration intraveineuse des médicaments, de l'enseignement aux usagers et aux familles ainsi que de la prise en charge multidisciplinaire de maladies chroniques.

Les délais d'attente sont très courts sauf pour la clinique de la douleur. Cette dernière aura bientôt deux anesthésistes qui s'intégreront à l'équipe ce qui augmentera l'offre afin d'améliorer l'accès.

La participation de l'usager et de la famille aux soins est à souligner surtout ceux qui souffrent des maladies chroniques. Pour chaque usager, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est réalisé avec sa participation. Cependant, la réalisation du PII n'est pas généralisée à l'ensemble des services ambulatoires du CISSS. Les gestionnaires des installations ont la ferme intention de mettre en place le PII dans la majorité des cliniques ambulatoires pour des cas complexes. Les services sont bien coordonnés avec les autres prestataires des services, les informations sont transmises en temps opportun. Par exemple, pour la clinique de médecine de jour, la clinique d'oncologie et le GMF de Minganie, le dossier est électronique, ce qui permet à tous les intervenants d'y accéder et d'assurer le partage de l'information clinique en temps réel.

Chaque installation a ses propres protocoles et outils cliniques de diagnostics et de traitements. Une harmonisation et une standardisation sont souhaitables.

La continuité de services est assurée par une planification de la transition efficace.

Selon les gestionnaires, le grand défi est la pénurie du personnel. Plusieurs stratégies sont déjà en place tandis que d'autres sont à l'étude. Malgré le contexte difficile, le personnel est très engagé et motivé, le climat de travail est sain.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
11.1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des usagers et des professionnels de la santé qui acheminent des usagers pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
11.1.10 L'équipe dispose de profils de postes qui définissent les compétences, les rôles et les responsabilités.	
11.1.22 La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des usagers avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
11.1.26 La zone réservée aux services aux usagers est accessible pour les usagers qui utilisent des aides à la mobilité telles que des fauteuils roulants, des marchettes et des béquilles.	!
11.1.29 L'équipe dispose d'un système d'alimentation électrique de secours qui est mis à l'essai régulièrement et qui est conforme aux règlements applicables.	!
11.1.30 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements applicables en matière de matières dangereuses.	!
11.1.31 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements applicables.	!
11.1.32 L'équipe se conforme aux règlements applicables pour la conservation, la manipulation et l'élimination des substances radioactives.	!
11.1.38 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'usager pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	

11.1.43	L'équipe dispose d'un programme annuel d'entretien préventif de l'équipement conforme aux recommandations des fabricants.	!
11.1.44	L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter et régler les problèmes.	!
11.1.45	L'équipe conserve les registres d'entretien préventif pendant au moins deux ans.	!
11.1.46	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux usagers.	!
11.1.47	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.	!
11.1.48	L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
11.1.49	La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le retraitement.	
11.1.58	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	POR
11.1.58.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
11.1.95	L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
11.1.97	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
11.1.98	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.107	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	

11.1.108	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.	!
11.1.109	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques (NRD) dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
11.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR
11.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple: faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
11.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
11.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
11.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
11.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

- 11.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les équipes rencontrées au sein du CISSS de la Côte-Nord font preuve d'une grande humanité. Nous avons été à même de constater cette volonté inébranlable d'offrir des soins et des services de qualité, et ce, malgré les défis occasionnés par la pénurie de personnel et la situation pandémique actuelle.

Le leadership amené par la gestionnaire en place a un effet mobilisateur chez le personnel et permet de briser les silos pour une collaboration davantage transversale entre les services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire.

Le développement professionnel est valorisé et il est recommandé de poursuivre cette démarche dans l'optique de viser l'excellence des soins offerts à la population.

De nombreux projets technologiques de remplacement d'appareils et de mise aux normes des enceintes de préparation stérile (EPS) en médecine nucléaire sont en cours ou en planification. Ces projets apporteront des défis importants, mais essentiels pour l'accès et l'amélioration de la qualité des soins chez les usagers.

L'augmentation des demandes d'examen jumelées à des ressources humaines restreintes tant médicales que professionnelles et une disponibilité d'appareil d'imagerie limitée seront un défi.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	
13.1.8	Un comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus et qui est responsable de surveiller et d'améliorer la qualité du programme de don est établi avec l'apport des usagers et des familles.
13.1.9	Les données sur les dons font l'objet d'un examen régulier par le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus, et un rapport contenant cette information ainsi que des recommandations de stratégies d'amélioration est présenté à l'équipe de la haute direction de l'organisme.
13.1.11	Les membres de l'équipe responsable des dons reçoivent des outils de communication, comme des téléavertisseurs et des téléphones cellulaires, aux fins de relais et de coordination rapides des possibilités de dons.
13.1.12	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.
13.1.14	Un espace privé près de l'unité de soins intensifs (USI) permet à l'équipe responsable des dons de rencontrer la famille des donneurs.
13.1.23	Un coordonnateur des dons est disponible en tout temps pour l'acheminement des donneurs.
13.1.24	Le coordonnateur des dons est un médecin ayant les compétences et le permis de pratique requis, une infirmière autorisée ou un professionnel des soins de santé ayant deux années d'expérience dans un programme de don d'organes et de tissus ou dans un milieu clinique de soins de santé.
13.1.58	Les registres de dons régionaux ou des méthodes permettant d'obtenir l'information des registres existants sont accessibles pour l'équipe.
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

Le CISSS de la Côte-Nord est un centre de référence et travaille en étroite collaboration avec Transplant Québec. Il n'est pas un centre de prélèvement.

Le service est géré par une infirmière conseillère-cadre à la direction des services professionnels.

Il n'y a pas de données sur le nombre de donneurs disponibles par année. Les dernières données ont été publiées par Transplant Québec en 2017 pour le CISSS de la Côte-Nord.

Ce sont les médecins qui identifient les donneurs potentiels en collaboration avec la famille. Lorsque la décision est prise, un suivi est assuré avec Transplant Québec afin d'organiser le transport de l'utilisateur vers un centre de prélèvement.

Un plan d'amélioration de la qualité est bien structuré et est en place pour le service du don d'organes.

Toutefois, il a été noté que le faible volume de dons d'organes est réel sur le terrain. Est-ce parce qu'on en parle peu ou que le processus n'est pas clair pour les intervenants ou que les ressources sont peu présentes?

L'établissement est invité à promouvoir des stratégies porteuses de résultats concrets afin d'augmenter la volumétrie des dons d'organes. La promotion de ce service est importante et la tenue de rencontres statutaires peut faire une différence.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	
16.1.2 L'information sur les obstacles au cheminement des usagers sert à élaborer une stratégie visant à renforcer la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services et à améliorer le cheminement des usagers dans l'ensemble de l'organisme.	
<p>16.1.4 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>16.1.4.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>16.1.4.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p> <p>16.1.4.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).</p> <p>16.1.4.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.</p>	
16.1.9 Le cheminement des usagers à l'intérieur de l'organisme est pris en compte et géré en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.1.14 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.	!
16.1.15 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!

16.1.16 Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 16 - Cheminement de l'usager

Le CISSS a une très bonne connaissance de la population desservie ce qui permet d'ajuster l'offre des services selon le profil démographie et l'extension du territoire.

La préparation pour faire face à la pandémie de COVID-19 a permis de rallier les équipes des deux grandes installations de la région face aux grands défis de couvrir un grand territoire.

Le CISSS a deux réalités différentes; les installations de petite taille comme la Basse-Côte-Nord, Les Escoumins, Minganie, Port-Cartier ne subissent pas des problèmes de débordements ou des manques de lits de courte durée. Elles sont éloignées des grands centres, pourtant les transferts de patients sont complexes et représentent un défi en soi. Au contraire, Sept-Îles et Baie-Comeau doivent composer avec les problèmes d'achalandage des urgences qui se traduit en pression sur les unités de soins de soins.

L'établissement n'a pas élaboré une politique sur la congestion des urgences pour l'ensemble des installations avec une approche globale bien définie et documentée. Une politique de l'ancien CSSS de Sept-Îles est en place et elle pourra servir d'inspiration pour élaborer une approche globale de congestion des urgences et de débordements des lits. Cependant, il s'est doté d'une structure de gestion des crises où les différentes directions cliniques concernées discutent, analysent les données et identifient des solutions possibles.

Il est opportun d'élaborer des protocoles harmonisés pour l'ensemble des installations: protocole de transfert interétablissement, protocole pour Louverture des lits en surplus, protocole d'ouverture de lits pour les usagers avec un profil gériatrique, etc.

Les outils d'évaluation des usagers sont dans sa grande majorité harmonisés.

Les formulaires d'admission, de transfert ou de congé sont également standardisés. Cependant, il restera un effort de plus pour harmoniser les outils cliniques utilisés dans chaque installation.

La directrice des soins infirmiers (DSI) est responsable de la gestion des lits en collaboration avec les autres directions cliniques comme le Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), la Direction des

services professionnels (DSP) entre autres dans chaque installation.

Il est à souligner la première ligne de la région qui permet une continuité de soins efficace et une trajectoire fluide des usagers à travers des continuums de soins et services. L'accès aux services diagnostiques s'est réalisé en temps opportun, mais les usagers des régions éloignées doivent parcourir beaucoup de distance pour accéder à certains types d'examen comme la tomographie assistée par ordinateur ou la consultation en médecine spécialisée.

Il faut également mentionner que les lits d'hébergement sont mal répartis dans la région — par exemple des places disponibles en Minganie et manquantes à Sept-Îles et Baie-Comeau.

L'établissement doit faire face à deux grands défis: la prise en charge de patients de plus en plus âgés avec plusieurs comorbidités et le phénomène de distance entre les installations du CISSS.

La pénurie du personnel a conditionné l'offre des services, mais, en même temps, elle pourrait être l'occasion de réaliser des projets d'optimisation et de pertinence. L'évaluation de la pertinence de soins et des services est un outil d'aide à la décision basée sur une approche scientifique.

Les réadmissions sont évitées par une planification de congés efficace et par la prise en charge en première ligne.

Le travail des médecins pour maintenir les usagers à domicile est à souligner. Ils ont augmenté les heures de soins afin d'éviter le recours à l'urgence.

L'établissement doit renouveler son engagement envers la culture de la mesure: le personnel est motivé et les nouveaux cadres et cadres intermédiaires également.

Bien que des tableaux de bord existent avec des indicateurs pertinents (salles de pilotage), ils ne sont pas nécessairement rendus jusqu'aux équipes terrain. Il est nécessaire que les équipes s'approprient ces outils et que leur utilisation apporte de l'information utile pour amener de changements dans les trajectoires des usagers.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.3 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.7 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion. 1.3.7.1 Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.	

<p>1.3.7.2</p> <p>1.3.7.3</p> <p>1.3.7.4</p> <p>1.3.7.5</p> <p>1.3.7.6</p>	<p>Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe:</p> <p>qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;</p> <p>qui reviennent d'un congé prolongé;</p> <p>quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;</p> <p>quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis;</p> <p>quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p> <p>Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <p>Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. Examiner les données tirées des pompes intelligentes. Examiner les évaluations des compétences. Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</p> <p>Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	
<p>1.3.10</p>	<p>Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.</p>	<p>!</p>

1.4.2	Une série de renseignements standard sur la santé est recueillie pour assurer l'uniformité des dossiers des usagers afin de pouvoir les comparer.	
1.4.3	Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.	!
1.4.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
1.4.7	Le partage de l'information sur l'utilisateur est coordonné parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'utilisateur et conformément aux lois.	
1.4.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
1.5.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.11	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.	!
1.6.1	Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	POR
1.6.1.1	Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.	

1.6.1.2	L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.	
1.6.1.3	Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.	
1.6.1.4	Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.	
1.6.1.5	Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en oeuvre sont consignées.	
1.6.1.6	L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.	
1.6.1.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles. Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.	
1.7.2	La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services. L'évidence que les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles n'a pas été trouvée. L'établissement est encouragé à élaborer des objectifs mesurables avec des échéanciers précis établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.

Magnifique approche collaborative pour offrir les soins et les services aux usagers. Remarquable engagement, polyvalence et dévouement du personnel.

Encourager l'établissement à offrir de la formation documentée sur l'intervention immédiate à mettre en place lors d'événements indésirables pour les membres de l'équipe. Mettre en place des politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers et s'assurer qu'un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
<p>2.1.28 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.28.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
<p>2.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.</p>	
<p>2.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.</p>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

L'intervenante rencontrée a démontré une attitude ouverte, transparente et respectueuse envers la clientèle tout au long de la visite d'agrément. Un esprit d'équipe fort permettant aux intervenantes de répondre efficacement à la clientèle en est aussi ressorti. Cependant, les intervenantes se soutiennent entre elles, mais ne semblent pas connaître le cadre éthique du CISSS de la Côte-Nord et les services mis en place pour les soutenir dans les situations à questionnement éthique plus complexe.

Il serait aussi intéressant d'avoir accès à un sondage de satisfaction de la clientèle face à la perception de la relation avec les intervenantes du service et que les résultats soient partagés avec l'équipe de façon périodique.

Finally, the team in place is not up to date with the policies and procedures of the CISSS of the Côte-Nord region regarding the elimination of sharp and pointed objects. It would be beneficial to inform them of these policies and to install devices for their elimination near their offices given the variety of clientele, including injectable drug users, who may rely on AAOR services (Accueil-Analyse-Orientation-Référence).

It appears from this visit that the directives and protocols that exist are not well known by the intervenants and it would be beneficial to offer them continuing education on this subject. The establishment is also encouraged to declare and evaluate incidents related to security that are related to the transfer of information.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Service Info-Social	
3.1.11 Les usagers sont informés que leurs renseignements de santé seront conservés dans une fiche d'appel.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Service Info-Social

L'équipe du service Info-Social paraît dynamique, soudée et au fait des protocoles et des procédures liés à leur travail. Bien que les appelants autochtones ne parlant ni le français ni l'anglais, ou désirant s'exprimer dans leur langue maternelle, soient très rares, un protocole d'entente existe avec les services de première ligne dans les communautés autochtones pour l'interprétation. Cela permet d'obtenir un service d'interprétariat en tout temps grâce à une garde 24/7. Ce protocole gagnerait à être partagé avec les intervenantes de l'équipe Info-Social et lors de leur formation afin de mieux le faire connaître. De plus, cela pourrait encourager certains résidents de ces communautés à faire appel à Info-Social de façon plus fréquente.

Concernant la transmission de l'information aux appelants voulant qu'une fiche d'appel soit conservée, celle-ci n'est pas transmise de façon systématique. Aviser les appelants en début d'appel peut mener à créer une méfiance chez plusieurs d'entre eux affectant ainsi le lien de confiance. Cette information pourrait être transmise de façon générale pour contrecarrer cet enjeu, notamment en l'inscrivant sur le site web de l'établissement, dans la section Info-Social ou en ayant un message automatique indiquant que les appels sont enregistrés avant la prise de l'appel par une intervenante.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
<p>4.1.9 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>4.1.9.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<p>4.1.14 Des processus sont en place permettant d'effectuer le suivi des usagers ou des familles à risques élevés qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.</p>	
<p>4.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
<p>4.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.</p>	
<p>4.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.</p>	
Commentaires des visiteurs	

Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Cette équipe est composée d'intervenantes faisant preuve d'un grand sens clinique et ayant à cœur le bien être des usagers. Quelques enjeux ont tout de même été relevés dans ce service, particulièrement en ce qui a trait à certains protocoles et procédures liés à leur travail.

Les intervenantes ne connaissent pas les procédures sur l'élimination des objets pointus et tranchants et ne savent pas où trouver les dispositifs pour les éliminer, il est donc impossible de les utiliser. Elles sont aussi conscientes de l'existence de la procédure d'identification à deux facteurs, mais celle-ci n'est pas appliquée de façon systématique. Il est tenu pour acquis que la vérification a été faite aux étapes préalables et que la personne qui se présente au rendez-vous est la bonne personne. De plus, il manque une procédure pour guider les actions des intervenantes lorsqu'un usager à risque élevé ne se présente pas à son rendez-vous. Présentement, les intervenantes se fient à leur jugement clinique ou sur un échange avec une collègue qui serait disponible.

Les liens avec les autres équipes du CISSS sont très efficaces, mais cela devient plus complexe lorsqu'il s'agit de faire cheminer un usager vers un niveau de soin autre. Il a été nommé que cela est particulièrement difficile avec certaines équipes de leur propre direction. La fluidité de ces transferts gagnerait à être améliorée. Un autre enjeu lié à cet aspect est la répartition des informations du dossier de l'usager à plusieurs endroits. Certaines informations se trouvent au Système d'information clientèle – Plus (SIC Plus) uniquement alors que d'autres sont uniquement au dossier papier. Lorsqu'un client est en crise et fait appel à un autre service du CISSS pour le soutenir, il est donc difficile de se faire rapidement un portrait juste de la situation et il est parfois impossible de consulter le plan d'intervention (PI) qui est uniquement dans le dossier papier. Concernant les plans d'intervention, il serait intéressant de systématiser leur révision selon des intervalles courts vu la durée des suivis dans cette équipe.

Finalement, il serait facilitant de transmettre directement aux usagers du service l'information sur les mécanismes de plaintes afin de faciliter ce processus. Présentement, l'information se trouve dans les aires d'attentes communes, qui ne sont pas toujours utilisées pour la clientèle en consultation sociale.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	
5.1.2 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
5.1.8 Des processus sont en place permettant d'effectuer le suivi des usagers ou des familles à risque élevés qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.	
5.1.39 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. 5.1.39.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Cette offre de service est rendue par des intervenantes dévouées qui occupent plusieurs fonctions et qui s'entraident grandement. Cependant, la couverture temporelle est inégale d'une région à l'autre pour l'accès au service. Pour la couverture en heures défavorables, un système d'appels du gestionnaire de garde et de volontariat des intervenantes est en place. Ce système ne permet pas toujours de trouver une intervenante pour se déplacer sur les lieux d'une intervention. Cela amène des situations où le service de police peut se trouver seul pour intervenir et, n'ayant pas la formation requise, un transport vers l'urgence qui pourrait être évité en résulte.

Pour les usagers à haut risque ne se présentant pas à leurs rendez-vous, aucun processus n'est formalisé, les intervenantes se fient à leur jugement clinique.

Les rôles et responsabilités de l'équipe en intervention en situation de crise sont connus à l'intérieur de la direction et ont été partagés avec les partenaires communautaires. Cependant, le rôle de prévention de certains transports vers les urgences n'est pas reconnu dans le plan du CISSS de la Côte-Nord visant à réduire la congestion de ces dernières.

Enfin, les services d'interprétariat sont disponibles, mais l'équipe gagnerait à être mieux informée des moyens pour avoir accès à un interprète innu lors d'une sortie sur le terrain. Bien qu'il soit presque toujours possible d'effectuer l'intervention en français ou en anglais, l'efficacité de celle-ci peut être grandement améliorée si elle est réalisée dans la langue maternelle de l'utilisateur.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	
6.1.4 L'établissement dispose d'un plan de déploiement pour l'équipe d'intervention d'urgence.	
6.1.6 L'établissement dispose de politiques et procédures relatives au déclenchement, à l'activation et à la désactivation du plan.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	

Les partenaires locaux et régionaux soulignent la grande collaboration et la facilité dans les communications avec le CISSS de la Côte-Nord dans les situations d'intervention en sécurité civile — volet psychosocial. Une entente existe avec le Programme d'aide aux employés (PAE) pour que la coordination régionale en sécurité civile - volet psychosocial puisse les interpellier et déployer une intervenante à l'intérieur des installations du CISSS au besoin. Pour les partenaires prestataires de service, c'est l'équipe d'urgence qui peut offrir le soutien psychosocial.

Le Plan régional de sécurité civile comprend un arbre décisionnel permettant d'identifier qui peut autoriser un déploiement de l'équipe d'urgence et comment joindre cette personne. Cependant, il n'y a pas de procédure indiquant comment l'équipe d'intervention est mise en veille, en alerte ou est déployée. Le déploiement de l'équipe d'intervention d'urgence relève d'une connaissance des enjeux par la gestionnaire responsable et les critères et outils d'évaluation à utiliser pour ce déploiement ne sont pas formalisés à l'écrit. De plus, aucune documentation ne vient préciser les étapes à suivre à l'interne afin de déterminer le moment de désactivation du plan ainsi que la démobilisation de l'équipe.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Service Info-Santé	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Service Info-Santé

Le service est bien encadré par l'assistante au chef de service, poste qui a été créé en contexte de pandémie. Le service a augmenté sa capacité pour répondre à une augmentation des appels liés à la COVID -19.

Un processus de recrutement est en place afin de recruter le personnel adéquat. Les nouvelles infirmières reçoivent de la formation et de l'orientation pendant 10 jours (7 jours d'orientation théorique et 5 jours de jumelage avec une infirmière expérimentée pour le volet pratique).

L'environnement physique est lumineux et l'espace est adéquat. La porte d'entrée est sécurisée afin de respecter la confidentialité des appels. L'espace de travail du personnel répond aux critères ergonomiques. La pratique infirmière est encadrée par des protocoles accessibles dans les postes de travail. Des algorithmes et des outils cliniques sont également disponibles.

Le service a un plan de relève en cas de panne des équipements qui est testée régulièrement. Cependant, les exercices ainsi que leurs résultats ne sont pas compilés ni documentés. Il est recommandé de consigner le déroulement des exercices afin d'avoir les démarches d'amélioration bien documentées.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
<p>8.1.41 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>8.1.41.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>8.1.41.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.</p>	
<p>8.1.54 Il existe un processus pour travailler en partenariat avec l'usager et la famille au moment de la transition afin d'échanger de l'information et des instructions.</p>	
<p>8.1.59 La planification des points de transition des soins ou services, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.</p>	
<p>8.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>8.1.60.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>8.1.60.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p>	

8.1.60.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
8.1.61	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
8.1.62	<p>Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>8.1.62.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>8.1.62.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>8.1.62.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p> <p>8.1.62.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).</p> <p>8.1.62.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.</p>	

8.1.62.7	Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).	
8.1.62.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
8.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
8.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
8.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	
8.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	
8.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	
8.4.3	Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

« Le patient partenaire est un fil conducteur et donne un sens à ce que l'on fait » (Auteur, gestionnaire, 2021)

Lors de la visite du GMF-U à Baie-Comeau, les visiteurs ont été à même de constater la complicité entre les différents intervenants impliqués dans les soins et services à la clientèle, et ce, dans un climat agréable et détendu. La préoccupation centrée sur les besoins de la personne est au cœur de leurs actions.

Le médecin responsable et la gestionnaire du secteur ont mis en place un calendrier de formation

communément appelé « Initiatives locales ». Il s'agit d'enseignements permettant de répondre aux besoins des résidents et du personnel infirmier en place. On encourage l'équipe à faire connaître cette initiative à l'ensemble de l'organisation.

Un projet de révision des rôles et des responsabilités des infirmières et des infirmières auxiliaires est débuté avec la collaboration de l'équipe en place dans le but de faciliter l'organisation du travail. Il est recommandé d'intégrer un patient partenaire à cette démarche avec la participation du bureau des patients partenaires. Selon les responsables, un patient partenaire est déjà identifié, l'équipe est encouragée à poursuivre cette initiative.

Au niveau de l'environnement, les lieux visités sont propres et sans encombrements. Une salle d'attente est consacrée à la clientèle présentant les symptômes de la COVID-19, en prévision de la quatrième vague de la pandémie.

L'établissement est encouragé à finaliser la pratique organisationnelle requise (POR) « Transfert de l'information aux points de transition des soins » en élaborant des outils standardisés de l'information, en évaluant la conformité aux processus et la qualité du transfert de l'information auprès des partenaires concernés. Concernant la POR « Cheminement des usagers », il y a lieu de mettre en place un mécanisme en collaboration avec le service d'urgence, favorisant ainsi la réorientation des usagers (P4 et P5).

Dans l'unité souillée, les visiteurs ont remarqué un croisement entre le propre et le souillé. Selon les personnes rencontrées, actuellement, par un manque d'espace et de locaux, les lieux physiques ne permettent pas de séparer l'utilité propre du souillé. L'établissement est appelé à revoir les bonnes pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI) permettant d'éviter le croisement des éléments souillés et des éléments propres.

De plus, dans l'unité souillée et l'utilité propre, on retrouve un cylindre d'oxygène et d'azote liquide, dans un local fermé et encombré, ce qui n'est pas une pratique sécuritaire. L'établissement est invité à revoir l'entreposage de ces substances.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
9.1.2 Lorsque des rendez-vous pour les services sont fixés, un ensemble de critères est utilisé et on recueille des commentaires de manière à répondre d'abord aux usagers dont les besoins sont les plus urgents.	
9.1.14 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
9.1.15 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
9.1.16 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
9.1.25 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.	
9.1.26 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
<p>9.1.28 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>9.1.28.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>9.1.28.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p>	

9.1.28.3	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	
9.1.28.4	Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	
9.1.28.5	Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.	
9.1.29	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	
9.1.29.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
9.1.29.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'usager chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	
9.1.29.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	
9.1.29.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	
9.1.32	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	
9.1.35	Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
9.1.39	La planification des points de transition des soins ou services, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
9.1.40	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

<p>9.1.40.1</p> <p>9.1.40.2</p> <p>9.1.40.3</p> <p>9.1.40.4</p> <p>9.1.40.5</p>	<p>L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.</p> <p>L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>9.1.43</p>	<p>L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>9.1.44</p> <p>9.1.44.1</p>	<p>Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, est tenu responsable d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.</p>	

9.1.44.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
9.1.44.3	Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	
9.1.44.4	L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.	
9.1.44.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	
9.1.44.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
9.1.44.7	Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).	
9.1.44.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
9.2.4	Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.	!
9.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
9.3.3	L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.	

9.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
9.3.10	Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	
9.3.11	Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.	!
9.3.14	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!
9.3.18	Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.	!
9.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

L'établissement est invité à mettre en place un moyen sécuritaire dans le but de protéger le personnel et l'usager. Mettre en place des politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers et s'assurer qu'un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager. Il n'y a pas d'évidence que le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.

Bonne approche collaborative et connaissance approfondie de l'infirmière concernant la population à desservir. Belle complicité entre l'infirmière auxiliaire, le travailleur social, la secrétaire.

Assurer une gestion de proximité et améliorer le soutien au personnel. Prévenir la contamination croisée entre le propre et le souillé dans la salle d'examen.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	
1.1 L'organisme dispose d'un document de conception pour le service de télésanté.	
1.2 Les politiques, les procédures et les mesures de sécurité sont établies lors de la mise en oeuvre du service de télésanté.	
1.4 L'organisme dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et de s'assurer des caractéristiques de qualité requises du service de télésanté et d'observer les résultats.	!
1.5 Le service de télésanté est offert uniquement aux usagers dûment sélectionnés qui répondent aux critères d'admissibilité	!
1.6 Une procédure permet de demander le service de télésanté en temps opportun.	
1.7 Une procédure permet de répondre aux demandes de service de télésanté en temps opportun, comme il convient.	
1.8 Un processus organisationnel permettant de gérer la période d'indisponibilité du système de télésanté est mise en place.	
1.9 Le service de télésanté vise à assurer la continuité du plan d'intervention individualisé de l'utilisateur.	
1.10 L'organisme préconise et favorise l'utilisation des services de télésanté par l'équipe de soins et l'équipe de gestion.	
1.11 Les politiques et procédures d'approvisionnement de l'organisme qui s'appliquent au service de télésanté sont établies en collaboration avec les usagers et les cliniciens, comme il convient.	
2.1 Les usagers participent à la conception, la prestation et la mise en oeuvre du service de télésanté	
2.2 La stratégie de l'organisme est élaborée en collaboration avec les usagers.	

2.3	Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
3.1	Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.	
3.2	Une procédure permettant de signaler les cas de violation des droits d'un usager est élaborée et mise en oeuvre en collaboration avec les usagers.	!
3.3	Une procédure pour enquêter sur les allégations de violation des droits d'un usager, pour y donner suite et effectuer un suivi, est élaborée et mise en oeuvre en collaboration avec les usagers.	!
3.4	Les incidents liés au non-respect de la sécurité d'un utilisateur sont signalés et gérés conformément aux politiques, aux procédures et aux processus de l'organisme.	!
3.5	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent et d'apporter des améliorations, et ce, en collaboration avec les usagers.	!
3.6	Un mécanisme de prévention des cas de non-respect de la sécurité des usagers est élaboré en collaboration avec les usagers.	!
3.7	Les perspectives d'amélioration de la qualité sont déterminées en collaboration avec les usagers.	
3.8	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, en collaboration avec les usagers.	!
3.9	Le plan d'interopérabilité de l'organisme est établi avec la participation intégrale des intervenants.	
3.10	La capacité d'utilisation de l'équipement de télésanté de l'organisme est déterminée avant la consultation.	!
3.11	Le service de télésanté est conçu de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.	
4.1	Les renseignements sur le service de télésanté sont à la disposition de l'utilisateur et des représentants de l'utilisateur.	!
4.2	L'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins.	
4.3	Les usagers et les familles reçoivent des renseignements sur leurs droits et responsabilités lorsqu'ils ont recours au service de télésanté.	!
4.4	Les usagers doivent être informés de leur droit de se retirer du service de télésanté à n'importe quel moment.	!

4.5	Un processus est en place pour favoriser la continuité des soins si l'utilisateur se retire du service de télésanté.	!
4.6	Les renseignements sur les activités d'amélioration de la qualité, les résultats et les apprentissages liés au service de télésanté sont communiqués aux usagers, aux équipes de soins, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin	
4.7	Les usagers sont informés que leurs renseignements de santé seront conservés dans un dossier.	
5.1	Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant d'offrir le service de télésanté, au besoin.	!
5.2	Si les soins virtuels ne répondent pas aux besoins d'un usager potentiel, l'équipe de soins facilite l'accès à d'autres services.	
5.3	L'organisme inclut les renseignements pertinents de l'interaction de télésanté dans le dossier de l'utilisateur.	
5.4	Les renseignements pertinents de l'utilisateur sont recueillis selon les besoins pendant le processus d'accueil du service de télésanté.	
6.1	La planification de la transition fait partie du plan de soins de l'utilisateur, si nécessaire.	
6.2	Les services de suivi pertinents pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, les autres équipes et les organismes.	
6.3	Les usagers participent activement à la planification et à la préparation de la transition.	
7.1	Le service de télésanté s'assure que l'ensemble des lois sur la sécurité, la protection de la vie privée, des règlements ainsi que des normes et codes internationaux applicables au service sont respectés.	!
7.2	Lorsque possible, les preuves disponibles et les meilleures pratiques devraient être intégrées à la conception et à la prestation du service de télésanté.	
7.3	Un programme d'orientation officiel et complet sur le service de télésanté est offert aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux membres de la famille, si nécessaire.	!
8.2	Les accords sur les niveaux de services avec l'ensemble des intervenants sont établis et documentés.	
8.3	Les rapports hiérarchiques soutenant la prestation du service de télésanté sont décrits et documentés.	

8.4	La responsabilité du service de télésanté est comprise par l'ensemble des cliniciens assurant le service de télésanté.	
9.1	Les renseignements de l'utilisateur sont intégrés à son dossier.	!
9.2	Les services de télésanté reçus par l'utilisateur sont communiqués à l'équipe de soins.	!
9.3	L'organisme, les usagers et les cliniciens déterminent les éléments de la consultation qui devraient être consignés.	
10.1	L'état de santé de l'utilisateur est réévalué, au besoin, en collaboration avec l'utilisateur et les renseignements à jour sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	!
10.2	Les délais de consignation pour les consultations de télésanté cadrent avec ou dépassent les processus cliniques existants pour les consultations en personne de l'organisme.	

Commentaires des visiteurs

Processus prioritaire : Télésanté

Il a été possible de rencontrer l'équipe responsable de la télésanté. Une équipe motivée et volontaire engagée à faire progresser la télésanté au sein du CISSS.

Afin de démarrer sur des bases solides, un moratoire temporaire sur les développements de projet en télésanté a été annoncé le 26 mars 2021. Une restructuration a été ainsi effectuée permettant la reprise des activités d'un comité stratégique et d'un comité consultatif.

Il faut souligner que des outils ont été créés soit un guide de demande de projet en télésanté, une fiche de demande de projet en télésanté ainsi qu'une fiche de cotation de demande de projet permettant l'analyse des demandes.

Quelques projets ont vu le jour, notamment une entente de service temporaire avec le Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval afin d'éviter un bris de service pour des échographies de dépistage morphologique. Également, un projet de téléconsultation en pneumologie entre Sept-Îles et Baie-Comeau. Il est cependant difficile d'évaluer ces projets; l'établissement est encouragé à poursuivre le travail en ce sens.

Bien qu'il existe une motivation palpable et une volonté de l'équipe à déployer la télésanté au sein du CISSS, cette équipe restreinte est confrontée à plusieurs défis y faisant obstacle, soit, notamment la main-

d'œuvre dédiée à la télésanté et la complexité reliée à la gestion des dossiers papier présentement utilisés au sein du CISSS.

Avec plus d'une cinquantaine d'installations réparties sur 236?000 km², l'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts.

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

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