



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 1

Rapport publié: 22/11/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	7
Soins centrés sur les personnes	7
Aperçu de l'amélioration de la qualité	7
Aperçu du programme	8
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	9
Résultats selon les dimensions de la qualité	11
Pratiques organisationnelles requises	12
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	14
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	14
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	19
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	22
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	27
Santé publique	29
Télésanté	31
Programme de prévention et de contrôle des infections	34
Services de retraitement des dispositifs médicaux	40
Gestion du circuit du médicament	45

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 06/10/2024 au 11/10/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord- CISCN, assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à une population de plus de 90 000 citoyens. Son territoire s'étend de Tadoussac à Blanc Sablon, en passant par l'Île d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Shefferville. Il couvre près de 272 290 km², ce qui représente 20% de la superficie du Québec.

L'équipe dessert six municipalités régionales de comté (MRC) soit Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Sept-Rivières, Minganie, Golfe du Saint-Laurent et Caniapiscau. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et Sept-Îles représentent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une trentaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. Les membres des Premières Nations constituent environ 15 % de la population. La Côte-Nord compte huit communautés innues et une communauté naskapie à Kawawachikamach. Cette dernière communauté est desservie par le CLSC Naskapi, un établissement autonome ne faisant pas partie du CISSS de la Côte-Nord.

Le CISSS de la Côte-Nord offre aux usagers et à leurs proches des soins et des services diversifiés, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, ainsi que des soins spécialisés. Il dispose d'un budget de 641 millions de dollars.

Pour réaliser la mission qui lui est confiée, le CISSS de la Côte-Nord compte plus de 3 700 employés, auxquels s'ajoutent près de 125 médecins de famille et 60 médecins spécialistes et pharmaciens, œuvrant dans une cinquantaine d'installations. Cette équipe est regroupée sous quinze directions et compte sur le soutien actif d'un conseil d'administration composé de dix-huit membres.

En terminant, soulignons un enjeu de logistique fort important à l'égard des déplacements. Certains sites sont isolés, comme l'Île d'Anticosti ou Harrington Harbour. Des citoyens doivent se déplacer par avion, aéroglisseur, hélicoptère ou motoneige, depuis certains sites. La dispensation des soins et des services y devient alors un véritable défi, de même que le réapprovisionnement. Les communications sont aussi un enjeu, mais récemment, l'attachement au réseau Starlink en redondance, a contribué à augmenter la confiance envers le réseau de communication sur tout le territoire.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'interdisciplinarité et l'approche de gestion intégrée se vivent et s'expriment dans l'ensemble des services et programmes visités. Beaucoup d'efforts sont consentis pour bien répondre aux besoins des usagers et ceux-ci sont au cœur des décisions. La collaboration sectorielle et intersectorielle a connu un essor impressionnant depuis les deux dernières années.

Le processus de cheminement de la clientèle est digne de mention. Les obstacles à la fluidité sont identifiés et résolus en partenariat avec la communauté et les autres territoires. Nous remarquons une bonne collaboration entre les directions dans la gestion et la mise en place de trajectoires cliniques. L'établissement gagnerait toutefois à harmoniser les pratiques entre les sites et les formaliser.

La satisfaction des usagers et des proches aidants est globalement positive. Un récent sondage démontre que les taux de satisfaction de l'expérience-usager et de l'expérience-employé, sont supérieurs à la moyenne provinciale.

Un Bureau de partenariat usager est responsable de s'assurer de l'implication des usagers et des proches. Ces derniers sont bien intégrés dans les services, mais pourraient être plus présents dans les processus de gestion.

L'équipe travaille aussi avec les résultats du processus de traitement des plaintes, de la gestion des risques et des sondages de satisfaction de la clientèle pour réviser les services. Nous encourageons néanmoins l'organisation à mieux soutenir l'équipe de bénévoles, qui elle, est un actif précieux qui aide à tisser la toile en vue d'offrir des soins et des services de qualité.

Mentionnons qu'une des grandes vulnérabilité à l'égard de la sécurité, réside actuellement dans le taux de roulement du personnel qui demeure élevé. Nous encourageons fortement l'établissement à intensifier trois actions qui contribuent à diminuer les risques: 1) la mise en place d'un programme d'orientation et de formation solide dès l'embauche; 2) la formalisation et la diffusion de politiques et procédures pour bien encadrer les activités; 3) la standardisation des pratiques, protocoles et procédures, dans l'ensemble du territoire.

L'approche de Soins centrés sur la personne est une force de l'organisation. On sent que cette philosophie est bien ancrée dans la culture. Le CISSS de la Côte-Nord peut compter sur la collaboration d'une vingtaine d'usagers partenaires actifs au Bureau d'usagers-partenaires. L'approche Planetree, qui inspire entre autres les initiatives, est un des jalons sous-jacents. Les témoignages des usagers partenaires confirment que l'établissement les implique dans l'élaboration ou la révision de l'offre de services. Ils expriment néanmoins le souhait d'être impliqués plus tôt dans le processus de consultation.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

L'équipe visiteuse a été en mesure d'identifier certains éléments reconnus comme des succès de l'organisation. En voici les principaux:

- Résilience, courage et détermination des membres de l'organisation
- Bonne implication des partenaires à tous les niveaux
- Excellente connaissance des besoins populationnels et du territoire
- Taux de satisfaction de l'expérience-usager et de l'expérience-employé supérieur à la moyenne provinciale
- Souci d'offrir des bons services de proximité
- Leadership positif et mobilisateur de la direction
- Service des communications proactif et efficace
- Amélioration marquée de l'environnement physique de certains services
- Nombreux efforts consentis au recrutement, notamment à l'international

Nous encourageons l'équipe du CISSS de la Côte-Nord à porter une attention particulière aux opportunités d'amélioration qui ont été relevées:

- Développer une culture de prévention des risques relatifs à la sécurité
- Intensifier la culture de la mesure
- Soutenir la gestion du changement pour de meilleurs résultats
- Se doter de plans d'amélioration de la qualité dans tous les secteurs
- Évaluer la configuration des espaces pour diminuer le risque de contamination croisée
- Faire preuve de créativité pour accentuer le recours aux technologies innovantes
- Développer un programme de formation robuste et accessible, notamment à l'embauche
- Se doter d'un ensemble de politiques et de procédures écrites et diffusées
- Harmoniser les pratiques sur tout le territoire

Soins centrés sur les personnes

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Le Centre intégré de santé et services sociaux de la Côte-Nord est à développer et consolider une culture d'amélioration continue de la qualité dans l'ensemble de ses programmes. La direction responsable de veiller à la planification, la conception et la mise en œuvre des programmes qualité s'est assurée, bien que jeune équipe, de maîtriser rapidement et efficacement le concept de lignes directrices basées sur des données probantes.

Le soutien qu'accorde les directions et l'équipe de coordination envers la démarche d'Agrément, témoigne de la détermination à améliorer les pratiques dans l'ensemble de l'organisation. Les équipes ont à cœur de contribuer à la réalisation du mandat qui lui a été confié, soit fournir des soins de qualité, sécuritaires et centrés sur l'utilisateur.

Depuis le dernier cycle d'agrément, l'organisation a été en mesure de réaliser plusieurs suivis, malgré un grave contexte pénurie de main d'œuvre. Nous ne pouvons passer sous silence le fait que cette organisation a dû composer avec plusieurs défis majeurs depuis les dernières années. Nonobstant cette réalité, les visiteurs ont découvert des équipes volontaires, courageuses et déterminées à mettre en place ce qu'il faut pour offrir les meilleurs services possibles à la population de son territoire. Nous sommes confiants que les travaux qui sont appelés à être poursuivis en matière de qualité, le seront.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
CHSLD Boisvert	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Boisvert	Gestion du circuit du médicament
Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Minganie	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Minganie	Gestion du circuit du médicament
GMFU de Manicouagan et CLSC Lionel-Charest	Programme de prévention et de contrôle des infections
GMFU de Manicouagan et CLSC Lionel-Charest	Services de retraitement des dispositifs médicaux
GMFU de Manicouagan et CLSC Lionel-Charest	Gestion du circuit du médicament
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Sept-Îles	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Sept-Îles	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de Sept-Îles	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Le Royer	Programme de prévention et de contrôle des infections

Installation	Chapitre
Hôpital Le Royer	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Le Royer	Gestion du circuit du médicament
La Traversée - Foyer de groupe en santé mentale	Programme de prévention et de contrôle des infections
La Traversée - Foyer de groupe en santé mentale	Gestion du circuit du médicament
Santé publique – CISSS de la Côte-Nord	Santé publique
CISSS de la Côte-Nord	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS de la Côte-Nord	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS de la Côte-Nord	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS de la Côte-Nord	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CISSS de la Côte-Nord	Télésanté
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Forestville	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Forestville	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Forestville	Gestion du circuit du médicament
CHSLD de Sept-Îles	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD de Sept-Îles	Gestion du circuit du médicament

Résultats 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.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

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.)	30	5	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	15	2	0	17
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	12	0	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	18	4	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	28	13	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	133	58	2	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	123	92	4	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	41	7	0	48
Total	400	181	6	587

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	0 / 5	0.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	1 / 5	20.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	3 / 5	60.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	0 / 5	0.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	0 / 5	0.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgateion des incidents liés à la sécurité des usagers	2 / 6	33.33%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	4 / 7	57.14%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	0 / 3	0.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	0 / 1	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Nettoyage et désinfection de bas niveau	0 / 5	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		32 / 69	46.38%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Évaluation du chapitre : 79,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La mission, la vision et les valeurs du CISSS de la Côte-Nord sont communiquées aux équipes, aux usagers, aux résidents, aux familles et aux proches aidants, ainsi qu'à la communauté, par différents mécanismes. L'énoncé de la vision se lit ainsi: « *La Côte-Nord, le milieu de choix pour développer son plein potentiel et sortir des sentiers battus: au Nord de tout ce que l'on peut devenir* ». La vision 2022-2026 se décline en quatre objectifs stratégiques, avec des priorités, mettant à profit l'implication des usagers.

La Charte des valeurs de l'organisation, est basée sur la transparence, le respect, la cohésion, la collaboration et la reconnaissance. De nombreux exemples soutiennent chaque valeur, afin que le personnel et les médecins puissent s'approprier clairement ce qui est attendu d'eux.

L'organisation envisage de se doter d'une politique visant la souplesse quant à la présence des proches auprès des usagers admis ou inscrits. Nous encourageons fortement la poursuite de cette initiative. Les leaders du Bureau d'usagers-partenaires, sont d'accord sur le fait qu'il sera pertinent d'identifier des indicateurs pour suivre les progrès de l'intégration de l'approche de Soins centrés sur la personne.

Par ailleurs, soulignons les nombreux efforts consacrés à la fluidité dans le cheminement des usagers au sein de l'établissement et hors territoire. Une structure de gouvernance de la fluidité organisationnelle et des activités hospitalières a été introduite l'an dernier. Elle encadre les niveaux de responsabilité de toutes les instances impliquées, les activités de chaque partie prenante, de même que les moyens pour assumer les responsabilités qui sont confiées. Adopté en février 2024, un Plan de désencombrement des urgences et de la surcapacité, spécifique aux installations des Escoumins, de Forestville, Port-Cartier, Havre-Saint-Pierre, Blanc-Sablon et Fermont, représente bien la réalité de chaque territoire de MRC. La richesse des réflexions pour parvenir à la décision de mettre en œuvre des stratégies en cas de surcapacité, est digne de mention.

Dans une perspective d'approche populationnelle, notons que le sujet de la diversité, l'inclusion et l'équité devra faire l'objet d'une attention particulière. La région accueille de nombreuses personnes et leur famille, de nationalité et de culture différentes, ce qui pose parfois un défi face à la méconnaissance de certaines pratiques culturelles. Nous invitons l'organisation à offrir des formations sur le thème de la diversité culturelle, comme elle l'a fait pour mieux faire connaître la réalité autochtone.

Le Cadre de référence en matière d'éthique fait suite à une année de transition et de transformation du comité de bioéthique vers un Centre de l'éthique, qui s'appuie sur un comité et une conseillère en matière d'éthique. Cet outil permet d'avoir une vision claire du déploiement de l'éthique, autant dans ses dimensions que dans sa structure. Nous félicitons l'organisation pour cette initiative qui vient soutenir les réflexions face aux défis reliés aux dilemmes éthiques.

Le CISSS de la Côte Nord participe à des projets de recherche visant l'amélioration de la pratique clinique. Afin de bien encadrer ce processus, un cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche a été adopté par le conseil d'administration, ce qui constitue une base solide pour encadrer le processus. Depuis avril dernier, dix projets de recherches ont été autorisés, dont la plupart axés sur les services aux usagers.

L'équipe qualité accompagne les gestionnaires et les employés dans certains projets d'amélioration de la qualité, en fonction des besoins et des priorités. Nous encourageons celle-ci à se doter d'un *Plan intégré de l'amélioration de la qualité*, avec des indicateurs afin de suivre objectivement les progrès et ajuster au besoin. Le recensement des initiatives permettra à la haute direction d'avoir une vision d'ensemble des travaux et des progrès réalisés, notamment en lien avec la sécurité et la qualité.

La qualité du lien de partenariat qui existe entre la direction et les différentes instances comme les conseils professionnels (CII, CM, CMDP) ou le Bureau du Commissaire aux plaintes, est à souligner. Les partenaires rencontrés mentionnent la transparence dans les échanges et la fluidité dans la communication pour traiter de dossiers visant à assurer une prestation de services sécuritaire et accessible.

Afin de mesurer la performance de l'établissement, le concept de l'interface Power BI est disponible. Il permet la synthèse de différentes données en temps réel. Il sera pertinent d'exploiter davantage cet outil dans une vision de développement de la culture de la mesure, qui elle, n'est pas à sa pleine maturité au CISSS de la Côte-Nord. Les objectifs stratégiques et les priorités seront mieux soutenus s'ils percolent dans chacune des directions, à l'aide d'indicateurs réalistes, connus, pertinents et temporels.

Le CISSS de la Côte-Nord dispose d'une procédure visant l'évaluation de la satisfaction des usagers. Cette activité est un jalon essentiel pour améliorer les services en fonction de l'expérience-usager. Nous encourageons l'établissement à procéder à la révision de l'outil et à s'assurer de son application.

D'une autre perspective, en vue d'assurer une gestion efficace et préventive des risques potentiels et réels de l'organisation, nous recommandons à l'établissement de réaliser incessamment un exercice rigoureux d'identification, d'analyse et d'atténuation de l'ensemble des risques organisationnels.

Le résultat de cet exercice doit être intégré dans un *Cadre de gestion intégrée des risques*, qui définira d'abord l'approche globale de l'établissement en matière de gestion des risques et, dans un deuxième temps, la manière dont elle sera intégrée à la culture organisationnelle. Chaque risque identifié doit par la suite y être traité et le contenu doit faire l'objet d'un franc partage avec toutes les parties prenantes. Nous ne pouvons ici que réitérer l'importance d'une gestion anticipative.

Une volonté d'agir en mode de gestion éco-responsable est présente. Un comité de développement durable est prévu être en place en novembre 2024. Un des chantiers de ce comité sera de procéder à la consultation, l'adoption et la mise en œuvre d'une politique de développement durable. Le développement durable en santé repose sur les principes de maintien de l'intégrité de l'environnement, l'équité sociale et l'efficacité économique pour créer une économie innovante et prospère, écologiquement et socialement responsable. Nous invitons le nouveau comité de développement durable à s'assurer d'intégrer ces principes dans l'ensemble de ses décisions.

Soulignons finalement que l'organisation souhaite se pencher formellement sur les impacts des changements climatiques, notamment l'érosion des berges et les feux de forêts. Nous ne pouvons qu'encourager les équipes à intensifier leurs efforts visant à réduire ces changements ou tout au moins, à en atténuer les impacts.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.8	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique et une procédure sur la déclaration, l'enquête et la résolution en toute sécurité des violations du code de conduite.	Priorité élevée
2.3.5	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour appliquer une politique d'ouverture et de souplesse concernant la présence des proches.	Priorité normale
2.3.7	Les gestionnaires de l'établissement soutiennent l'amélioration continue d'une approche de soins centrés sur la personne en évaluant les résultats de façon régulière.	Priorité normale
2.6.3	Les gestionnaires de l'établissement encouragent une communication ouverte, franche et transparente avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes, pour favoriser l'amélioration de la santé et de la sécurité organisationnelles.	Priorité normale
2.6.4	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent une culture de santé et de sécurité organisationnelles au moyen d'outils de sondage et de mesure de la santé et de la sécurité, dans une optique d'amélioration.	Priorité élevée
2.10.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.	Priorité élevée
2.10.7	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des procédures de gestion de la qualité et de la sécurité qui précisent l'imputabilité de chacun au regard des activités d'amélioration prévues.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.10.8	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre, passent en revue et mettent à jour régulièrement un plan de gestion du changement pour gérer et assurer la vigie de l'impact des changements liés à l'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
2.11.1	Les gestionnaires de l'établissement adoptent un cadre en gestion intégrée des risques afin d'identifier, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques potentiels et réels, dans le but d'accroître la performance de l'établissement à cet égard.	Priorité élevée
2.11.2	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les parties prenantes dans les processus de gestion des risques, notamment à l'étape de la planification.	Priorité normale
2.11.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un plan de gestion des risques documenté permettant d'intégrer les activités de gestion des risques de l'ensemble des directions.	Priorité élevée
2.11.4	Les gestionnaires de l'établissement rendent compte de la gestion des risques à l'instance de gouvernance en temps opportun.	Priorité élevée
2.11.5	Les gestionnaires de l'établissement évaluent de façon continue l'efficacité du cadre de gestion intégré des risques et l'améliore à la lumière des résultats obtenus.	Priorité élevée
2.12.1	Les gestionnaires de l'établissement respectent les principes de durabilité sociale, financière et environnementale lorsqu'ils mettent en œuvre des services en réponse aux besoins de la population.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.12.2	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre et passent en revue régulièrement les politiques et principes en matière de développement durable.	Priorité normale
2.12.4	Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable.	Priorité normale
2.12.5	Les gestionnaires de l'établissement considèrent les impacts des changements climatiques sur l'établissement et sur la santé de la population et adaptent l'offre de services en conséquence.	Priorité normale
2.12.6	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation soit offerte afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable, d'atténuation des impacts des changements climatiques et d'adaptation.	Priorité normale

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Évaluation du chapitre : 77,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 22,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La Politique financière d'allocation des ressources précise le rôle et les responsabilités de tous les acteurs impliqués au regard de la planification, du contrôle et du suivi budgétaire. Des principes directeurs tels que l'identification des besoins, l'imputabilité, le suivi d'indicateurs, l'utilisation efficiente et efficace des ressources et la décentralisation des budgets sont prescrits.

Afin de répondre aux normes de bonnes pratiques relatives à la gestion financière, l'équipe débute son processus de budgétisation au douzième mois de l'année. Chaque direction bénéficie du soutien d'un agent de gestion financière pour l'accompagner dans le processus. Les besoins sont identifiés et les structures sont approuvées en fonction des sommes disponibles pour chaque secteur d'activité. La gestion des budgets est décentralisée jusqu'aux gestionnaires de premier niveau. L'interface Power BI permet l'accès aux données financières en temps opportun. Dès la troisième période, les écarts sont identifiés et des rencontres mensuelles ont lieu avec chaque directeur, en présence de la directrice des finances et de la présidente directrice générale. L'objectif est de justifier les écarts et fournir un plan de redressement par direction.

Actuellement, le CISSS de la Côte-Nord accuse un déficit de 144 millions sur un budget de 660 millions, ce qui représente plus de 20% du budget. L'établissement doit aussi composer avec un déficit cumulé de 400 millions. Depuis quelques années, l'équipe a choisi, en toute transparence et dans un souci de réalisme, de déposer un budget déficitaire auprès du ministère. Les principaux éléments qui percutent l'équilibre financier sont le recours à la main d'œuvre indépendante et le remboursement des frais de transport. Un Plan de retour à l'équilibre budgétaire sur trois ans, qui n'affecte pas les services à la population, a été déposé au ministère. Il vise essentiellement à s'affranchir de la main d'œuvre indépendante et à consolider les services.

Depuis deux ans, le CISSS a mis sur pied un Comité de dotation et de développement, dont le mandat est de réaliser une réflexion approfondie sur tout nouveau poste potentiel dans l'organisation. Soulignons que la méthode de l'étalonnage (benchmarking) est peu utilisée, considérant la réalité spécifique à ce territoire. En effet, le faible volume d'activités dans la majorité des secteurs, conjugué à la nécessité de préserver des équipes minimales pour maintenir une offre de service de base, amène une complexité particulière à la région. Néanmoins, nous invitons l'équipe à intensifier le recours à cette approche auprès des territoires comparables, afin d'identifier davantage de solutions innovantes et performantes, ce qui pourrait contribuer à une plus grande optimisation des ressources.

Souffrant sérieusement d'une grave pénurie de main d'œuvre depuis plusieurs années, l'organisation s'est assurée de mettre en place de nombreuses actions visant l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre. Une Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail est présente, en reconnaissance de la contribution des personnes qui réalisent la mission pour la population nord-côtière. Cette politique, ambitieuse et étoffée, mise sur les efforts collectifs de tous et chacun pour favoriser une santé organisationnelle en offrant un milieu de travail sain, sécuritaire et valorisant.

Au chapitre des indicateurs relatifs aux ressources humaines, soulignons entre autres le taux de roulement de personnel est en baisse depuis 2023, passant de 24,71% à 20,59% en 2024. Il est actuellement à 9,36% après 5 périodes. Le nombre de départs est aussi un indicateur favorable depuis 2023, passant de 939 départs à 757 en 2024. Cette donnée est à 356 à la présente période. Le nombre total d'embauches est supérieur de 115 personnes au nombre de départs jusqu'à maintenant, ce qui est un signe encourageant pour l'avenir.

L'appréciation de la contribution du personnel d'encadrement est bien maîtrisée. Toutefois, c'est une activité qui est peu réalisée pour les employés. L'organisation ne dispose pas de système lui permettant de mesurer son taux de complétion. L'absence d'une politique et d'une procédure à cet effet est aussi constatée. Nous encourageons l'organisation à se doter de ces outils, s'assurer d'une évaluation de rendement minimalement aux deux ans et en saisir l'opportunité pour échanger sur le plan de carrière. Il sera nécessaire aussi de concevoir un Cadre de référence en gestion des talents afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, préparer la relève et favoriser le cheminement de carrière. Il sera aussi pertinent de procéder régulièrement à l'évaluation du climat de travail et de l'expérience-employé. Certaines initiatives sont en place, mais celles-ci pourraient être améliorées par des sondages formels et réguliers, avec des indicateurs spécifiques.

En matière de sécurité informationnelle et d'intégrité des systèmes d'information, une politique encadre les éléments relatifs à ce sujet. Nous invitons maintenant l'équipe à formaliser les modalités d'accès au dossier de l'utilisateur.

Finalement, l'entretien des bâtiments en général est approprié. Nous encourageons toutefois l'équipe à porter une attention particulière à l'hôpital et au CHSLD de Sept-Îles, qui eux, nécessitent des travaux d'entretien plus significatifs.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.2.8	Les gestionnaires de l'établissement élaborent des budgets annuels d'exploitation et d'immobilisation équilibrés, conformément aux principes comptables généralement reconnus.	Priorité normale
3.3.1	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour déterminer les caractéristiques et les valeurs clés requises pour tous les titres d'emploi, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.	Priorité normale
3.3.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'élaboration, de la mise à jour et de l'actualisation des descriptions de fonction, conformément aux besoins de l'établissement et des parties prenantes.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un cadre de référence en gestion des talents pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre, préparer la relève et favoriser le cheminement de carrière au sein de l'établissement.	Priorité normale
3.3.10	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et des procédures au sujet de la gestion du rendement de la main-d'œuvre et interviennent face aux enjeux soulevés.	Priorité normale
3.3.12	Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement l'engagement de la main-d'œuvre et utilisent l'information recueillie dans le but d'améliorer le climat de travail.	Priorité normale
3.3.13	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des stratégies de rétention de la main-d'œuvre et évaluent régulièrement l'efficacité de ces mesures.	Priorité normale
3.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et procédures facilitantes qui précisent les modalités d'accès au dossier de l'utilisateur pour ceux qui le souhaitent.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 65,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 34,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisation a mis en place des mécanismes veillant identifier et gérer tout conflit d'intérêt réel ou potentiel, en fonction de la Charte des valeurs et du Code de conduite s'y rattachant. L'information à ce sujet est partagée de nombreuses façons.

Le Règlement concernant le processus d'examen des plaintes a fait l'objet d'une révision cette année. Une hausse de 7% du nombre de plaintes s'est matérialisée de 2023 à 2024, de même qu'une hausse de 37% du nombre de dossiers d'interventions. Une diminution de 13% du nombre de plaintes médicales est notée. Soulignons que 99% des dossiers de plaintes ont pu être traités dans les délais règlementaires de 45 jours. Nous félicitons l'équipe pour le travail colossal effectué à chapitre, qui est un chaînon essentiel à l'amélioration continue de la qualité. Précisons aussi qu'une stratégie visant à prévenir et contrer la maltraitance à l'endroit des personnes en contexte de vulnérabilité est en œuvre.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, l'équipe visiteuse confirme la conformité de celles relatives à la prévention de la violence en milieu de travail et du programme d'entretien préventif des équipements, qui en est à sa phase finale d'implantation. La formation annuelle sur la sécurité des usagers est aussi conforme. Toutefois, les pratiques en lien avec le bilan comparatif du médicament, le mécanisme de gestion des risques et la procédure sur la divulgation et les mesures de soutien seront à parfaire.

Nous encourageons les équipes à effectuer des travaux pour disposer d'une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination, et d'une autre à l'égard de la main-d'œuvre œuvrant sous l'effet de substances ou ayant des comportements inappropriés pouvant affecter leurs capacités en milieu de travail. Une politique sur l'identification sécuritaire des usagers est disponible, mais nous invitons l'équipe à procéder à sa révision incessamment.

En ce qui concerne le programme d'entretien préventif des équipements, notons que le suivi des appareils biomédicaux est effectué par l'entremise d'un logiciel de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Une standardisation régionale avec l'application Octopus a été réalisée et tous les appareils en inventaire y sont intégrés ce qui assure une gestion efficiente et efficace du suivi des entretiens correctifs et préventifs. Mentionnons que la portion maintenance préventive a été octroyée en impartition pour s'assurer d'un service à la hauteur de ce que les usagers sont en droit de s'attendre, considérant la pénurie de main-d'œuvre. En effet, plus de la moitié des postes disponibles en génie biomédical sont dépourvus de titulaire.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.2	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la Direction de santé publique pour identifier les risques de santé publique et assurer la sécurité des usagers, de la main-d'œuvre et des personnes proches aidantes.	Priorité élevée
4.1.3	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes pour mettre en œuvre une politique à l'égard de la main-d'œuvre sous l'effet de substances ou ayant des comportements inappropriés pouvant affecter leurs capacités en milieu de travail.	Priorité élevée
4.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination.	Priorité élevée
4.1.10	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté pour définir des pratiques de soins et de services appropriées et respectueuses de la diversité culturelle.	Priorité normale
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale
4.2.2	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin que les responsabilités concernant la santé et la sécurité organisationnelles soient intégrées dans les descriptions de fonction.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.2.6	Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
4.2.6.1	Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.	
4.2.6.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	
4.2.6.3	Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.	
4.2.6.4	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.	
4.2.6.5	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.	POR
	<p>4.3.2.1 Une procédure documentée et coordonnée qui comprend les éléments suivants est mise en œuvre pour divulguer les incidents liés à la sécurité à l'endroit des usagers et des personnes proches aidantes : Quels incidents liés à la sécurité des usagers doivent être divulgués. Qui est chargé de diriger et d'appuyer le processus de divulgation. Quels éléments concernant l'incident peuvent être communiqués et à qui. Quand et comment divulguer l'information. Où consigner l'information sur la divulgation.</p>	
	<p>4.3.2.2 La procédure de divulgation est passée en revue et mise à jour avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.</p>	
	<p>4.3.2.3 Les personnes responsables de gérer et soutenir le processus reçoivent de la formation sur la divulgation.</p>	
	<p>4.3.2.6 La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.</p>	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.3	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives.</p> <p>4.3.3.2 L'information est partagée avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin qu'ils comprennent quels incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, quand et comment le faire.</p> <p>4.3.3.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate lors d'incidents liés à la sécurité des usagers est mise en œuvre pour la main-d'œuvre.</p> <p>4.3.3.7 L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre; recueillir la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet du mécanisme en place; assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'incident et de sa gravité; examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues; déterminer si la main-d'œuvre se sent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers.</p>	POR
4.3.4	Les gestionnaires de l'établissement informent la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes des tendances concernant les incidents liés à la sécurité et des mesures d'amélioration apportées.	Priorité élevée
4.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques qui définissent les exigences envers la main-d'œuvre, concernant l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie.	Priorité normale

Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Évaluation du chapitre : 74,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 25,8 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de cette visite au Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte-Nord (CISSSCN), nous avons eu l'opportunité d'apprécier le processus prioritaire sur la Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres. Pour se faire, nous avons rencontré la coordonnatrice régionale des mesures d'urgence et de sécurité civile ainsi que certains membres du comité stratégique et tactique de gestion des mesures d'urgence et de sécurité civile. Nous avons également pu discuter avec des partenaires régionaux (ex. : chef du service d'incendie) et provinciaux (ex. : coordonnateur des mesures d'urgence - mission santé et coordonnateur sécurité civile).

Le leadership de l'équipe de coordination régionale des mesures d'urgence et de sécurité civile de l'établissement est collaboratif et participatif. Une structure de coordination en trois niveaux stratégique, tactique (régionale) et opérationnelle (locale) a été mise en place. Une panoplie d'outils d'intervention a été développée, toutefois, certains plans gagneraient à être formalisés, développés et entérinés (ex. : Plan régional de sécurité civile -mission santé, Plan de communication, Plan réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales). Plusieurs documents sont actuellement en consultation ou en cours de rédaction. Des mécanismes de débriefing post événement de sécurité civile ou de situation d'urgence sont bien en place. Cependant, l'établissement ne dispose pas formellement de procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence ou sinistres et ce, afin de mesurer l'efficacité et l'efficience des actions posées. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement est invité à intégrer des usagers partenaires dans les processus de planification et d'évaluation des outils et des processus.

Les partenaires et usagers rencontrés n'ont que des éloges sur la collaboration et les échanges avec l'établissement. Les équipes terrain rencontrées sont sensibilisés aux procédures de mesures d'urgence et de sécurité civile.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence tout l'engagement et la détermination des intervenants lors des incendies de forêts qui ont menés des évacuations. Ces expériences ont permis de développer une solide expertise en gestion des situations d'urgence et de sinistres (code vert).

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent du plan de sécurité civile global en réponse à des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.5	Les gestionnaires de l'établissement se réfèrent au cadre d'éthique de l'établissement pour guider la prise de décision concernant la planification des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.1.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de communication qui définit la manière dont l'information à l'égard de situations d'urgence et de sinistres sera communiquée aux parties prenantes.	Priorité élevée
5.3.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système de notification d'urgence qui indique le stade approprié d'activation du plan lors de situations d'urgence et de sinistres en fonction de la gravité et des répercussions de l'événement.	Priorité élevée
5.4.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.5.4	Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.	Priorité normale
5.5.5	Les gestionnaires de l'établissement prévoient de communiquer les résultats des évaluations aux parties prenantes, notamment à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et à la communauté afin de favoriser la transparence et l'apprentissage.	Priorité normale

Santé publique

Évaluation du chapitre : 92,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 7,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de la présente visite au Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte-Nord (CISSSCN), nous avons eu le plaisir de rencontrer les équipes de la Direction de la santé publique qui œuvrent au quotidien pour préserver et améliorer la santé et bien-être de la population de la Côte-Nord, par des interventions de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de protection de la santé et ce, pour une clientèle 0-100 ans.

Pour réaliser pleinement notre mandat, nous avons pu visiter différentes installations du CISSS (CLSC, Hôpital) et discuter avec plusieurs partenaires (ex. : Écoles, Maison des famille, Unité régionale loisirs et sports, Municipalité régional de comté (MRC), Centre des services scolaire, Centre de santé autochtone, Centraide, usager). Nous avons également eu l'opportunité de rencontrer une trentaine d'intervenants (ex. : directeur, directeur adjoint, coordonnateur, chef de services, médecins, infirmières, nutritionnistes, kinésiologues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, agents de planification, programmation et recherche).

Les équipes rencontrées sont dynamiques et engagées. Le leadership de l'équipe de gestion est bienveillant et participatif. Les employés rencontrés se sont dit heureux et mobilisés et ce, malgré les défis (ex. : étendue du territoire) et contingents (ex. : pénurie de ressources) que connaît actuellement la région.

Les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires (ex. : prévalence et incidence des maladies et des problèmes sociaux) sont bien documentées et diffusées. Les processus de planification sont clairs, structurés et bien alignés sur les priorités territoriales et sur les normes de pratiques en vigueur (ex. : Programme d'immunisation du Québec). Les plans d'action sont conçus en mode collaboratif et partenarial, ce qui permet de faciliter grandement la mobilisation et l'acceptabilité de ces derniers. Ils gagneraient toutefois à être précisés et regroupés dans une démarche de planification plus intégrative et ce, afin d'optimiser la synergie entre les interventions et maximiser l'impact sur les résultats attendus.

Un plan d'amélioration et d'évaluation permettant de mesurer l'implantation des services, le fonctionnement et la mise en œuvre est disponible. Toutefois, peu d'indicateurs sont développés afin de mesurer les résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé et bien-être de la population. L'établissement est invité à boucler le cycle de planification. Il est à souligner qu'un tableau de bord de suivi de la vaccination est actuellement développé afin de mesurer les couvertures vaccinales. Ce dernier est en cours de révision afin d'assurer le suivi des indicateurs d'évaluation pour les autres axes d'interventions.

Les partenaires et usagers rencontrés sont grandement satisfaits de la collaboration et des échanges avec la direction de santé publique. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement est invité à intégrer des usagers partenaires dans les processus de planification et d'évaluation.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence tout l'engagement des personnes rencontrées envers la santé et bien-être de la population de la Côte-Nord.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.7	La Direction de santé publique s'assure de la gestion des questions éthiques liées aux services de santé publique, de façon proactive.	Priorité normale
6.5.1	La Direction de santé publique se dote d'un plan d'évaluation compréhensif qui couvre un suivi d'implantation de ses services, une évaluation du fonctionnement et de la mise en œuvre et une évaluation des résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des sous-groupes qui la composent.	Priorité élevée
6.5.2	La Direction de santé publique réalise son plan d'évaluation de façon rigoureuse.	Priorité normale
6.5.3	La Direction de santé publique communique l'information relative aux résultats d'évaluation à la population et aux sous-groupes qui la composent ainsi qu'aux partenaires internes et externes.	Priorité normale

Télésanté

Évaluation du chapitre : 72,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 27,3 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de la présente visite, nous avons porté une attention à l'offre de services, aux processus favorisant une mise en œuvre sécuritaire et de qualité, à la participation des usagers, la documentation ainsi que l'évaluation des services dispensés au moyen de la télésanté.

Nous avons rencontré les équipes du dépistage du cancer colo-rectal, de l'échographie cardiaque, du suivi virtuel des soins en milieu de vie (SVMV) des usagers atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique, du programme Agir Tôt ainsi que du suivi de la clientèle DI-TSA-DP.

L'équipe de télésanté du CISSSCN est composée d'un pilote clinique, d'un copilote clinique, d'un pilote technologique, d'un copilote technologique ainsi que d'une Agente en Planification et Programmation de Recherche (APPR). L'équipe a le mandat de promouvoir la télésanté, de soutenir les travaux de planification et de mise en œuvre des différents projets de télésanté, d'en assurer la pérennisation. Elle assure la liaison avec le CCT, réalise les bilans et redditions de compte, assure la gestion du parc d'équipements ainsi que le soutien technologique dans le respect des orientations ministérielles.

L'équipe est soutenue par la direction des services professionnels et de l'enseignement universitaires pour le développement et l'adaptation des pratiques et outils cliniques en télésanté; la direction des ressources informationnelles pour l'octroi de licences, le soutien technologique ainsi que le bon fonctionnement des équipements ainsi que la direction des services multidisciplinaires, de la qualité et de l'évaluation des pratiques, notamment pour le volet qualité et éthique.

Les efforts récents pour doter les intervenants d'une documentation balisant la conception des services de santé sont à souligner. Mentionnons entre autre, une politique en télésanté, un guide des bonnes pratiques en télésanté, un algorithme pour le cheminement des demandes, des outils d'autoformation tant pour les utilisateurs que pour les responsables des différentes directions, des guides pour les usagers ainsi qu'un sondage de satisfaction. Par ailleurs plusieurs politiques et procédures organisationnelles s'appliquent à la télésanté et certaines ont été adaptées pour inclure la télésanté.

L'offre de services n'est pas documentée. Il est très difficile, même pour l'équipe de télésanté, d'avoir une vision claire des activités réalisées en télésanté. Plusieurs secteurs ont développé des services de télésanté de leur propre initiative sans suivre un processus structuré. Plusieurs ententes ont été signées mais certaines ne sont pas actives.

La structure de gouvernance n'a pas été mise en fonction ni intégrée aux comités existants tel que prévu dans la politique récemment approuvée. L'équipe de télésanté est mobilisée, mais sans une vision claire des besoins, de l'offre de service actuelle et future et d'une stratégie globale de déploiement l'offre de service demeurera sous-optimale

En terminant, nous soulignons l'engagement de l'équipe de télésanté et les efforts réalisés pour structurer la mise en œuvre des services en télésanté. Ces efforts ont besoin d'être soutenus par les différentes directions, la mise en place d'une gouvernance ainsi que par un plan d'amélioration continue. Sans une vision claire des besoins, de l'offre de service actuelle et future et d'une stratégie globale de déploiement l'offre de service demeurera sous-optimale.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les politiques et les procédures sont établies lors de la conception de l'ensemble des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une structure de gouvernance est établie afin de diriger les services de télésanté et en assure la veille.	Priorité élevée
7.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme de gestion de la qualité des services de télésanté pour définir les caractéristiques de qualité requises et mesurer les résultats.	Priorité élevée
7.1.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure organisationnelle qui permet de répondre aux demandes de services de télésanté en temps opportun.	Priorité normale
7.1.7	Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure organisationnelle aux équipes qui permet de gérer les périodes d'indisponibilité des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les services de télésanté sont conçus de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.	Priorité normale
7.2.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la stratégie organisationnelle de l'offre des services de télésanté est élaborée en collaboration avec les usagers.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la procédure organisationnelle de mise en place des services de télésanté est conçue conjointement avec la collaboration des usagers.	Priorité normale
7.2.7	Les équipes identifient les possibilités d'amélioration continue de la qualité en collaboration avec les usagers.	Priorité normale
7.2.8	Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes.	Priorité normale
7.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une séance d'orientation officielle et intégrale sur les services de télésanté est offerte aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux personnes proches aidantes.	Priorité élevée
7.4.2	Les gestionnaires de l'établissement identifient les éléments de la consultation qui devraient être consignés.	Priorité normale

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 60,9 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 39,1 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de la présente visite, nous avons évalué le programme de prévention et contrôle des infections soit: la planification, la mise en œuvre, les éléments de mesure mis en place et les activités d'amélioration continue. Nous avons porté une attention particulière au fonctionnement de la gouvernance, au plan de surveillance, aux divers processus et outils, aux collaborations internes et externes ainsi qu'aux pratiques organisationnelles requises.

Nous avons eu le plaisir de rencontrer l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) qui œuvre à soutenir l'ensemble des services du CISSS, les partenaires, les usagers et personnes proches aidantes. L'équipe est composée de 10 infirmières spécialisées en PCI réparties sur l'ensemble du territoire, d'une assistante du supérieur immédiat ainsi que d'une agente administrative. Le tout est soutenu par une conseillère cadre détenant une grande expertise.

Les emplacements visités sont l'hôpital le Royer, l'hôpital de Sept-Îles, les Centres Multiservices de santé et services sociaux de Forestville, de la Minganie et de Port Cartier, le Groupe de médecine familiale universitaire (GMFU) de Manicouagan et CLSC Lionel-Charest, le CHSLD Boivert, le CHSLD de Sept-Îles ainsi que La Traversée-foyer de groupe en santé mentale.

Nous avons pu constater le dynamisme de l'équipe PCI. On observe une étroite collaboration tant à l'intérieur de l'équipe qu'avec les partenaires internes et externes. La présence d'un "TRIO" (PCI, Santé Publique et Santé et sécurité au travail) permet une grande agilité et efficacité. L'équipe se partage les responsabilités et dossiers en fonction leur expertise et intérêt. L'équipe peut compter sur la collaboration et la grande disponibilité d'un microbiologiste/infectiologue de Rimouski.

Un programme PCI est en place ainsi qu'un plan de surveillance des processus et des résultats. Plusieurs mécanismes de communication sont présents et permettent le partage optimal de l'information. Un plan d'action est disponible et ajusté aux réalités des différents territoires. Les équipes de soins rencontrées se disent très satisfaites du soutien de l'équipe PCI. Nous tenons à souligner la grande rigueur accordée au suivi des infections nosocomiales, des éclosions et du suivi des incidents/accidents. Le tout est très structuré et documenté dans un journal de bord. L'équipe aurait un avantage à impliquer des usagers partenaires dans leurs divers travaux.

Des enjeux de capacité liés à la disponibilité de ressources freinent le déploiement du programme et des plans d'actions locaux (l'élargissement des audits, le développement d'outils, de procédures et l'harmonisation des pratiques). Le déploiement de solutions technologiques pourrait optimiser l'efficacité de l'équipe. Nous encourageons l'organisation à évaluer les différentes options. La formation à l'embauche est systématisée, mais pas celle en cours d'emploi. Les programmes de formation ainsi que les exigences minimales visées sont en révision et constituent un bon pas vers l'avant.

La vétusté des espaces et la présence de chambres à quatre lits représentent un enjeu d'importance. Les besoins dépassent la capacité de l'organisation à y remédier d'où l'importance de poursuivre l'identification des meilleures solutions possibles.

Nous ne pouvons passer sous silence, un enjeu important de recrutement, de formation et de conformité des pratiques du service d'hygiène et salubrité. La définition des rôles et responsabilités associées à la désinfection de bas niveau des équipements médicaux (zones grises) doit faire l'objet d'une attention particulière. Nous encourageons les équipes de PCI et d'hygiène et salubrité à travailler en étroite collaboration et à se doter d'une structure de communication et de mécanismes de concertation.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'organisation pour la conformité à la pratique de surveillance des infections nosocomiales. Nous invitons maintenant les équipes à porter une attention particulière à la formation et l'évaluation de la conformité en hygiène des mains ainsi qu'à la pratique de nettoyage et de désinfection des petits équipements.

En terminant, nous reconnaissons tous les efforts consentis au cours des derniers mois pour faire rayonner les artisans impliqués dans la mise en œuvre du Programme de prévention et contrôle des infections. Nous sommes confiants que l'établissement sera en mesure de récolter le fruit de son travail, notamment par le déploiement complet des activités prévues au programme, la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité, le développement d'une culture de PCI misant sur le partage des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs notamment avec l'équipe d'hygiène et salubrité.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.4	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique pour évaluer les activités à risques élevés.	Priorité élevée
8.2.6	Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage des équipements médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
8.2.9.1	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.2	Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.	
8.2.9.3	Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.	
8.2.9.4	Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.5	Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.	
8.2.10	Les gestionnaires de l'établissement assurent la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.13	Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.16	Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.20	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique d'immunisation pour la main-d'œuvre.	Priorité élevée
8.2.21	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour définir les restrictions de travail qui doivent être respectées par la main-d'œuvre et les bénévoles atteints d'une maladie.	Priorité élevée
8.2.22	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.	Priorité élevée
8.2.23	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'élimination des objets pointus ou tranchants.	Priorité élevée
8.2.26	<p>Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux personnes proches aidantes et aux bénévoles.</p> <p>8.2.26.1 Les équipes, les personnes proches aidantes et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.</p>	POR
8.2.27	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des solutions hydroalcooliques en tout temps au point de service.	Priorité normale
8.2.28	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	<p>L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p> <p>8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 la main-d'œuvre 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). <p>8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.</p> <p>8.2.30.3 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.</p>	POR
8.2.31	Les gestionnaires de l'établissement assurent la classification des zones de l'environnement physique en fonction du risque d'infection afin de définir le nettoyage et la désinfection requis (type et fréquence).	Priorité élevée
8.2.32	Les équipes utilisent des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.33	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique.	Priorité normale
8.3.13	Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.	Priorité normale
8.3.15	Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.	Priorité normale
8.3.17	Le comité interdisciplinaire s'assure que les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux personnes proches aidantes.	Priorité normale

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 65,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 34,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les services de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) de l'hôpital de Sept-Îles ainsi que celui de l'hôpital le Royer à Baie Comeau ont été visités. Les services de retraitement des endoscopes ont également été visités dans ces deux installations. Une attention a été portée à l'étape de pré nettoyage effectuée au point de service ainsi qu'à l'entreposage des dispositifs stérilisés. Les équipes d'URDM sont composées de cinq préposés au retraitement des dispositifs médicaux (PRDM) et d'un PRDM chef d'équipe. Les équipes ont pu compter, au cours des deux dernières années, sur une cheffe de service dédiée aux services de retraitement. L'URDM de Sept-Îles traite annuellement 47 084 paquets et caissons et 4083 endoscopes dans les zones de retraitement dédiés. Il dessert actuellement 18 installations externes dont le centre multiservices de santé et de services sociaux de la Minganie qui a été visité. Neuf autres installations régionales seront intégrées dans les prochains mois. Celui de l'hôpital le Royer traite annuellement 56 928 paquets et caissons dans les trois stérilisateur et 2548 endoscopes dans les zones de retraitement dédiés. Il dessert actuellement 16 installations externes.

Les visites ont permis d'apprécier les travaux effectués depuis la dernière visite. Des politiques, des procédures et de nombreuses « marches à suivre » ont été adoptées et mises en place témoignant de l'amélioration de la structure et du suivi la qualité du travail effectué. L'équipe est encouragée à poursuivre sur cette lancée afin de compléter l'élaboration des procédures requises pour se conformer aux normes. Un tableau de bord d'indicateurs de qualité a été intégré au « power BI ». Ce tableau de bord permet d'améliorer le taux de conformité aux tests de validation requis des stérilisateur. Il exige toutefois de cumuler manuellement les données. L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux menant à l'acquisition d'un logiciel de traçabilité. Les descriptions de fonctions des membres du service de retraitement, accompagnés des profils de compétences attendus, ont été rédigées. Un programme de formation est prévu, or il n'est pas mis en place à l'initiation, mais 6 mois plus tard. Cette décision a été prise car la formation est onéreuse et parce que plusieurs individus quittent leur poste dans les premiers mois. Ainsi, afin d'éviter que l'investissement en formation soit perdu, les PRDM sont formés initialement par du jumelage avec des ressources expertes en place. L'équipe est invitée à revoir cette façon de faire afin d'inclure dès le départ une formation adaptée.

Il importe de mentionner l'importance des travaux effectués au sein de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de Sept-Îles. Les travaux ont permis d'instaurer un processus unidirectionnel dans l'URDM évitant ainsi que le souillé croise le propre. Ces travaux ont également permis d'améliorer l'ergonomie de travail pour les PRDM. Il a aussi été constaté que l'impact de l'ajout de la gestionnaire dédiée aux services de retraitement est significatif. Cette gestionnaire expérimentée a su mettre à profit son expérience et son expertise pour améliorer significativement les services de retraitement tant au niveau de l'organisation physique des lieux qu'au niveau de la structure du service par l'adoption de documents cadre et d'indicateurs qualité. Ayant annoncé son départ à la retraite, il importe qu'elle puisse transférer son expertise au nouveau gestionnaire qui aura à poursuivre les travaux entamés. Les travaux de mise aux normes progressent, mais requièrent de l'attention en lien avec la conformité des installations physiques, notamment en regard de la ventilation. Une attention devra également être portée au processus de décontamination initial au point de service et à l'entreposage du matériel stérile.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.1	Les gestionnaires de l'établissement nomment une personne responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement des dispositifs médicaux de l'établissement, ce qui inclut le retraitement effectué en site satellite.	Priorité élevée
9.2.5	Les gestionnaires de l'établissement préparent la main-d'œuvre à exercer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et qui est reconnu dans le milieu de la santé.	Priorité élevée
9.3.5	Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure opérationnelle normalisée pour la conservation des dossiers relatifs aux activités du service de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité élevée
9.3.6	Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée
9.3.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.	Priorité normale
9.3.12	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.13	L'équipe s'assure qu'un dispositif d'épreuve de procédé muni d'un indicateur biologique et d'un indicateur chimique interne est placé dans chaque chargement de stérilisation qui contient des dispositifs implantables.	Priorité normale
9.3.16	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.	Priorité élevée
9.3.17	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la stérilisation rapide.	Priorité élevée
9.3.18	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.	Priorité élevée
9.3.20	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la qualification de l'installation, la qualification et les requalifications opérationnelles d'un stérilisateur.	Priorité élevée
9.3.21	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.	Priorité élevée
9.3.22	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.9	L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.	Priorité élevée
9.5.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles comportent des aires de travail distinctes pour le nettoyage des dispositifs souillés, la désinfection à haut niveau et l'entreposage.	Priorité normale
9.5.5	L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.5.6	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la vérification des dispositifs endoscopiques flexibles pour déceler tout dommage avant de procéder à la désinfection.	Priorité élevée
9.5.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage et la désinfection appropriée de chaque dispositif endoscopique flexible selon les directives des fabricants.	Priorité élevée
9.5.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.5.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la documentation des activités de retraitement de chaque dispositif endoscopique flexible.	Priorité élevée

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 55,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 44,6 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de la présente visite, nous avons eu le plaisir de rencontrer les équipes responsables de la gestion du circuit du médicament. Les emplacements visités sont l'hôpital de Sept-Iles, le CHSLD de Sept-Iles, les Centre multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier, de Forestville et de Minganie, le Groupe de médecine familiale universitaire de Manicouagan et CLSC Lionel-Charest, le Foyer La Traversée, l'hôpital Le Royer de Baie-Comeau et le CHSLD Boisvert. L'équipe de pharmacie et les équipes des divers comités associés à la gestion des médicaments ont le mandat d'assurer un circuit du médicament sécuritaire et une accessibilité aux soins pharmaceutiques sur l'ensemble du territoire.

L'équipe de pharmacie se démarque par une offre de service ingénieuse conçue en fonction de la priorisation des comorbidités et de la polypharmacie. L'offre de service permet la prise en charge des usagers les plus à risques. Malgré une pénurie sévère de personnel, les équipes ont réussi à élaborer de nombreux outils cliniques pratiques qui sécurisent considérablement l'étape de prescription du médicament et de prise en charge clinique des usagers. Les installations visitées ont des aires de préparation et d'entreposage majoritairement ordonnées et sans encombrement. Une opportunité d'amélioration implique de limiter l'accès à la pharmacie pour minimiser le risque de contamination et de vols. L'équipe de gestion bénéficierait d'une approche structurée pour la gestion du circuit du médicament. Nous encourageons l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité incluant les pratiques organisationnelles requises (PORs).

D'ailleurs, au chapitre des PORs, nous invitons les équipes à porter une attention particulière au programme de gérance des antimicrobiens, à la gestion des médicaments d'alertes élevées, à la gestion des opioïdes et à la liste d'abréviations à ne pas utiliser.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence la rénovation de la pharmacie de l'hôpital à Baie-Comeau, le changement des ensacheuses et des cabinets automatisés, ainsi que l'ajout des valideuses et des pompes à perfusion intelligentes. Nous soulignons les efforts constants de l'équipe de pharmacie envers la continuité et la qualité des services et ce, malgré l'enjeu majeur de pénurie d'effectifs.

Tableau 12 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.3	Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.	POR
10.1.3.1	Un programme de gérance des antimicrobiens est mis en œuvre.	
10.1.3.2	Les rôles et responsabilités de la mise en œuvre du programme sont bien définis.	
10.1.3.3	Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, et selon la disponibilité et la pertinence, des technologues de laboratoire de microbiologie, des usagers, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information.	
10.1.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens.	
10.1.3.5	Le programme de gérance des antimicrobiens inclut des activités d'amélioration continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	
10.1.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes des procédures pour chaque étape du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.1.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure normalisée sur l'information essentielle requise sur les étiquettes des médicaments et les dossiers d'administration des médicaments pour l'administration sécuritaire d'un médicament.	Priorité élevée
10.1.10	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.11	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation de médicaments expérimentaux, à l'étude, et d'accès spécial.	Priorité normale
10.1.12	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la gestion du circuit du médicament apporté par l'utilisateur.	Priorité élevée
10.1.16	Le comité interdisciplinaire dispose d'une procédure pour communiquer aux équipes cliniques, en temps opportun tout changement apporté au formulaire thérapeutique.	Priorité élevée
10.3.1	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.	Priorité élevée
10.3.10	Le comité interdisciplinaire assure une vérification régulière de la pratique normalisée de gestion des alertes par le système informatique de la pharmacie.	Priorité normale
10.3.13	Les gestionnaires de l'établissement désignent l'équipe de pharmacie comme responsable de l'obtention des médicaments conformément à la politique organisationnelle des achats.	Priorité élevée
10.3.15	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure qui précise le moment et la façon de contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.4.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	POR
	10.4.3.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	
	10.4.3.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.4.4	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p> <p>10.4.4.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des formulations d'opioïdes disponibles à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans leur établissement.</p> <p>10.4.4.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p> <p>10.4.4.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.</p> <p>10.4.4.4 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée soit régulièrement mise à jour pour intégrer les enseignements tirés de tous les rapports et analyses d'incidents de sécurité mettant en cause la médication opioïde.</p> <p>10.4.4.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées à la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et à leur accès.</p>	POR
10.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes une procédure pour la réception des médicaments provenant des pharmacies externes.	Priorité élevée
10.4.6	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour gérer les pénuries de médicaments.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.4.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'entreposage des médicaments au commun aux aires de soins.	Priorité normale
10.4.9	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'introduction de tout nouveaux dispositifs d'administration des médicaments.	Priorité élevée
10.5.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.	Priorité élevée
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée
10.5.4	L'équipe de pharmacie assure un entreposage qui permet la distinction des médicaments d'apparence semblables, des noms semblables, et les médicaments de niveau d'alerte élevé.	Priorité élevée
10.5.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la disposition des médicaments contaminés.	Priorité élevée
10.5.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure afin que l'usage des flacons multidoses soit limité dans les aires de soins.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.5.8	Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.	Priorité élevée
10.5.10	L'équipe de pharmacie s'assure que les règlements, qui portent sur la manipulation des produits chimiques et des principes actifs utilisés pour les préparations magistrales à la pharmacie, sont respectés.	Priorité élevée
10.6.2	Le comité interdisciplinaire rend disponible aux équipes cliniques des outils d'aide à la décision pour favoriser la transition d'une thérapie intraveineuse à celle par voie orale en temps opportun.	Priorité élevée
10.6.3	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la transmission des ordonnances de médicaments à la pharmacie.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.6.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication.	POR
10.6.5.1	Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés pour toutes les communications liées à la médication.	
10.6.5.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour adhérer à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés dans toute communication liée à la médication.	
10.6.5.3	Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la procédure de l'établissement concernant l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés.	
10.6.5.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisées.	
10.6.6	Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que des mesures soient prises pour assurer une aire de travail « sans distractions » lorsque les équipes cliniques participent aux activités liées à la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale
10.6.7	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant à limiter les ordonnances médicales verbales incluant les appels téléphoniques et les messages textes.	Priorité élevée
10.7.1	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur la validation des ordonnances par l'équipe de pharmacie avant l'administration d'une première dose.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.7.6	L'équipe de pharmacie s'assure que les produits stériles dangereux sont préparés dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales aseptiques.	Priorité élevée
10.7.8	L'équipe de pharmacie s'assure que les produits stériles non dangereux sont préparés dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales aseptiques.	Priorité normale
10.7.10	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence techniques de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée
10.7.11	L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales non stériles.	Priorité élevée
10.7.12	L'équipe de pharmacie s'assure de la disponibilité pour la main-d'œuvre de tout le matériel requis pour éviter tout contact direct lors de la manipulation des médicaments, des produits chimiques et des principes actifs.	Priorité élevée
10.8.1	L'équipe de pharmacie suit une procédure standardisée pour l'étiquetage des médicaments.	Priorité élevée
10.8.3	Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.8.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour signaler à la pharmacie toutes préoccupations en ce qui a trait aux médicaments.	Priorité élevée
10.9.2	L'équipe de pharmacie distribue les médicaments en doses unitaires ou dans un emballage multidoses quotidien et les exclusions (p. ex., liquides, préparations topiques, antiacides, otiques ou ophtalmiques, flacons multidoses) sont précisées dans la procédure du département de pharmacie.	Priorité élevée
10.9.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur l'utilisation sécuritaire des cabinets de distribution automatisés.	Priorité normale
10.9.6	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'accès aux médicaments lorsque la pharmacie est fermée.	Priorité élevée
10.9.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux.	Priorité élevée
10.9.13	L'équipe de pharmacie met à la disposition des équipes cliniques une procédure de gestion des retours de médicaments non administrés et non contaminés à un endroit sécurisé sous la responsabilité de la pharmacie.	Priorité normale
10.9.15	Les équipes cliniques suivent la procédure pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.9.16	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la préparation d'un médicament injectable.	Priorité élevée
10.9.17	Les équipes cliniques respectent la procédure en matière de documentation de l'administration de tout vaccin.	Priorité élevée
10.11.8	Le comité interdisciplinaire met en œuvre un plan d'action concernant les réactions indésirables aux médicaments qui sont déclarées.	Priorité normale
10.11.9	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale
10.11.11	Le comité interdisciplinaire dispose d'une veille procédurale qui met à jour les politiques et procédures de la gestion du circuit du médicament en fonction des données probantes et des révisions apportées aux lois et aux règlements.	Priorité normale
10.11.12	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs ciblés pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale