



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

**Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Gaspésie**

Rapport publié: 19/07/2024

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	8
Aperçu du programme	9
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	10
Résultats selon les dimensions de la qualité	13
Pratiques organisationnelles requises	14
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	16
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	16
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	21
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	23
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	25
Santé publique	27
Télésanté	30
Programme de prévention et de contrôle des infections	33
Services de retraitement des dispositifs médicaux	37
Gestion du circuit du médicament	42

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 24/05/2024 au 31/05/2024.

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 Gaspésie assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population des quatre réseaux locaux de services (RLS) suivants: la Haute-Gaspésie, la Côte-de-Gaspé, le Rocher-Percé, et la Baie-des-Chaleurs ainsi que les Îles-de-la-Madeleine pour certaines missions. Il répond aux besoins de plus de 79 192 citoyens résidant sur son territoire.

L'établissement compte près de 3 965 employés et plus de 51 installations, dont 4 centres hospitaliers, 6 centres de soins de longue durée, 17 CLSC, 8 points de services de réadaptation et 5 unités de réadaptation en jeunesse (incluant les Îles-de-la-Madeleine). Le CISSS de la Gaspésie a pour mission de rendre accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, incluant la réadaptation, la protection de la jeunesse et la santé publique pour l'ensemble de ses RLS, dont les Îles-de-la-Madeleine. Les valeurs promues sont le respect, la bienveillance, la collaboration, la compétence et la prévoyance.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Interdisciplinarité

Nous constatons que les travaux d'amélioration continue de la qualité sont effectués en interdisciplinarité. Il existe une bonne collaboration avec les partenaires de la communauté. Ceux-ci soulignent la qualité de la communication active du CISSS et leur soutien. Beaucoup d'efforts sont consentis pour bien répondre aux besoins des usagers malgré un grand territoire couvert, et il y a une desserte de services de proximité. Le processus de cheminement de la clientèle est bien adressé. La satisfaction des usagers rencontrés et des proches aidants est significative. Un bureau de partenariat usager est en développement et nous encourageons fortement l'établissement à poursuivre sa démarche afin de recruter et d'impliquer des usagers partenaires. Les représentants de différentes directions (PCI, DST, ingénieurs biomédicaux) sont impliqués dans les différents dossiers concernant l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (l'URDM). Nous remarquons une grande collaboration et un souci d'offrir des services sécuritaires. Dans les CHSLD visités, nous avons observé qu'une équipe interdisciplinaire assure la prise en charge des résidents et élabore un plan d'intervention avec les familles. Toutes les directions sont impliquées dans les comités locaux de PCI.

En télésanté, les compétences sont réunies ainsi que les perspectives variées des spécialistes selon l'offre de service et le besoin de l'utilisateur (service coordonné et holistique).

En santé publique, les collaborations avec plus de 100 organismes communautaires, les MRC, les milieux scolaires sont à souligner.

Il existe une belle collaboration interdisciplinaire à différents niveaux des sites visités en soins pharmaceutiques, tant au sein du comité de pharmacologie qu'au quotidien sur les unités de soins. De façon générale, les équipes expriment qu'elles ont facilement accès à l'équipe de pharmacie, et ce même en dehors des heures régulières.

Continuité et fluidité

De nombreux efforts sont déployés pour répondre adéquatement aux besoins des usagers. Le processus de cheminement des usagers est en développement continu, et plusieurs contributions soutiennent les travaux. Les obstacles à la fluidité sont identifiés et résolus en partenariat avec la communauté. Nous encourageons les équipes à assurer une standardisation des outils et des approches.

Une évaluation et une coordination sont effectuées pour s'assurer que les dispositifs médicaux soient toujours disponibles. Cela permet d'assurer une trajectoire de soins et de services adéquate pour les usagers qui ont besoin d'une intervention médicale ou chirurgicale. Dans les CHSLD, des trajectoires de soins sont établies avec l'hôpital pour le transfert des résidents.

En télésanté, des mécanismes de communication sont établis entre les usagers et les professionnels pour assurer des réponses efficaces aux besoins de la population.

Des mesures proactives et une surveillance des enjeux sont mises en place dans les mesures d'urgence. Le suivi est assuré tout au long de l'événement et même après en santé publique. Malgré des déplacements saisonniers sur différents territoires de la région, le suivi des usagers est personnalisé et assure un service continu sans interruption.

Des efforts importants de coordination sont effectués en matière de gestion des médicaments afin d'assurer une fluidité dans les diverses étapes du circuit du médicament parmi les multiples établissements régionaux. Une collaboration interrégionale est également mise en place pour pallier certaines difficultés comme la pénurie de médicaments. De nombreux efforts ont été faits pour standardiser les procédures.

Expérience usager

Les usagers et les proches aidants rencontrés sont satisfaits des soins et des services qu'ils ont reçus du personnel. Des sondages auprès de la clientèle sont en cours et les résultats seront connus dans les prochains mois. Nous encourageons l'établissement à s'assurer que les résultats des sondages soient rendus publics régulièrement pour identifier les progrès qui sous-tendent une culture d'amélioration

continue. Les familles des résidents hébergés sont satisfaites des services offerts par le personnel. Le comité des résidents est présent et collabore avec les équipes de soins dans différents projets.

Les usagers et leurs familles que nous avons rencontrés ont identifié leur appréciation et les bénéfices de la télésanté pour eux, notamment le gain de temps, la possibilité de ne pas «perdre» un rendez-vous en raison des intempéries, et la qualité du service en outre.

L'implication du patient et de ses proches dans son plan de soins relatif à la médication est généralement centrée sur la personne. Toutefois, il existe certaines divergences quant au degré d'implication des usagers; certains professionnels adoptent une approche très proactive, tandis que d'autres privilégient une démarche plus réactive. Nous encourageons les équipes à poursuivre leurs efforts pour impliquer les usagers.

Approche centrée sur la personne

Nous encourageons l'équipe à travailler avec les résultats du processus de traitement des plaintes, la gestion des risques et les sondages de satisfaction de la clientèle pour établir des objectifs d'amélioration stratégiques, tactiques et opérationnels.

Le comité des résidents en CHSLD est impliqué dans les différents dossiers et les changements proposés par le gestionnaire. Il semble y avoir une grande complicité entre eux. Un usager partenaire a été impliqué dans la réfection de l'urgence de Sainte-Anne-des-Monts.

Le groupe d'intervention impliqué dans les mesures d'urgence est lui-même composé de potentiels usagers touchés par les différents événements dans la région; il est donc sensible à élaborer des plans adaptés pour répondre aux besoins des usagers dans des situations critiques.

Il n'y a pas de représentants d'usagers qui siègent au comité de pharmacologie. Cela dit, nous remarquons que certains établissements (MDAA, RAC) ont comme objectif central la mise en place de soins et de services centrés sur la personne. Nous encourageons donc l'équipe à s'adjoindre des usagers partenaires.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence

\n

- Accessibilité aux gestionnaires
- Patients partenaires en oncologie et en santé publique
- Engagement des équipes
- Partenariat avec les organismes communautaires
- Entraide observable

Opportunités d'améliorations

\n

- Poursuivre les démarches afin de contrer la rareté de la main-d'œuvre et la fidélisation des ressources
- Continuer le développement des patients partenaires (s'inspirer de la oncologie et de la santé publique)
- Doter l'établissement d'une procédure claire et uniforme quant à l'adoption des nouvelles politiques
- Poursuivre le développement de la culture de l'amélioration de la qualité
- Intensifier le développement de la gestion intégrée des risques

Soins centrés sur les personnes

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'établissement a mis en place un cadre de référence en matière de qualité visant à soutenir chacun de ses membres dans leur engagement et leur rôle envers la qualité. L'appropriation d'une telle démarche et son application au quotidien représentent un défi de taille pour l'organisation et demandent une période d'appropriation à tous les niveaux.

La gestion intégrée de la qualité est une approche qui implique que chaque personne soit responsable et active dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Cette approche nécessite une volonté et une collaboration de tous les acteurs concernés, qu'il s'agisse du conseil d'administration, du comité de direction, des gestionnaires, de l'ensemble du personnel, des médecins, des stagiaires et des bénévoles.

Nous encourageons cependant l'équipe à définir des indicateurs qui permettront de confirmer l'atteinte des pistes d'amélioration identifiées.

Néanmoins, nous soulignons la qualité des suivis des indicateurs élaborés par la direction des services techniques.

Nous avons observé dans certains secteurs visités la présence et l'animation de stations visuelles opérationnelles. Nous encourageons les équipes à poursuivre le développement et à suivre les indicateurs d'amélioration de la qualité adaptés aux réalités spécifiques des secteurs.

Des audits sont effectués, mais nous n'avons pas vu que ces résultats étaient discutés à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation. Nous les encourageons à suivre ces indicateurs dans la salle stratégique afin que les orientations stratégiques soient des leviers dans l'amélioration de la qualité.

La qualité s'est grandement améliorée dans le domaine de la santé publique et de la gestion des urgences. Il faut poursuivre l'évaluation des processus et des projets pour déceler des tendances et entreprendre des projets visant à apporter des améliorations continues.

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.

Décision d'agrément:

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Le statut d'agrément est :

Agréé - Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

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
Centre d'hébergement de Maria	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement de Maria	Gestion du circuit du médicament
Centre d'hébergement de Cap-Chat	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre d'hébergement de Cap-Chat	Gestion du circuit du médicament
Centre de réadaptation en dépendances de la Haute-Gaspésie	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation en dépendances de la Haute-Gaspésie	Gestion du circuit du médicament
Centre multiservices SEGA (Services externe de gériatrie ambulatoire) de Chandler	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre multiservices SEGA (Services externe de gériatrie ambulatoire) de Chandler	Gestion du circuit du médicament
CISSS de la Gaspésie	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS de la Gaspésie	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS de la Gaspésie	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS de la Gaspésie	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CISSS de la Gaspésie	Télésanté

Installation	Chapitre
Hôpital de Chandler	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Chandler	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Gaspé	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de Gaspé	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Maria	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Hôpital de Maria	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Maria	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de Maria	Gestion du circuit du médicament
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	Gestion du circuit du médicament
Maison des aînés de Rivière-au-Renard	Programme de prévention et de contrôle des infections
Maison des aînés de Rivière-au-Renard	Gestion du circuit du médicament
RAC Cap-Chat	Programme de prévention et de contrôle des infections
RAC Cap-Chat	Gestion du circuit du médicament

Installation	Chapitre
Santé publique - CISSS de la Gaspésie	Santé publique
Centre d'hébergement de Chandler	Programme de prévention et de contrôle des infections

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.)	29	6	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	1	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.)	20	2	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	39	2	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	164	19	10	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	182	31	6	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	36	8	4	48
Total	498	69	20	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	4 / 5	80.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	2 / 5	40.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	4 / 5	80.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
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	7 / 8	87.50%
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	1 / 3	33.33%

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	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Désinfection de bas niveau	0 / 5	0.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		56 / 69	81.16%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

Évaluation du chapitre : 81,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 18,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CISSS de la Gaspésie est ancré dans sa communauté. Il met tout en œuvre pour bien servir sa population grâce à des soins et services de proximité, même si son territoire est vaste. Cela reflète bien sa vision d'offrir des soins et des services accessibles et efficaces qui répondent aux besoins des Gaspésiens et des Gaspésiennes. La population que couvre le CISSS de la Gaspésie est l'une des moins bien nanties au Québec, d'ailleurs deux des MRC supervisées sont des plus dévitalisés au Québec. Nous tenons compte que 27% de la population de 25-64 ans en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine n'a pas de diplômes d'études secondaires (DES). Bien que majoritairement francophone, elle compte également une communauté anglophone représentant environ 10% de sa population. Celle-ci, concentrée dans quelques communautés excentrées, éprouve des difficultés à recevoir des soins dans sa langue. Elle comprend aussi trois communautés autochtones qui expérimentent les mêmes difficultés, étant principalement anglophones, ainsi que des besoins particuliers de sécurisation culturelle.

La mission, la vision et les valeurs du CISSS de la Gaspésie sont communiquées aux équipes, aux usagers, aux résidents, aux familles et aux proches aidants, ainsi qu'à la communauté à travers le site Web de l'organisation et dans certains documents destinés aux usagers.

Les valeurs organisationnelles de prévoyance, de bienveillance, de collaboration, de compétence et de respect cultivent, quant à elles, les attitudes et les comportements attendus, tout en balisant le savoir-faire.

L'établissement s'est doté d'un cadre de référence en matière de qualité qui vise à soutenir chacun de ses membres dans leur engagement et leur rôle envers la qualité. Ce document se veut un outil intégrateur pour atteindre son objectif, c'est-à-dire maintenir et améliorer l'état de santé de l'utilisateur tout en maintenant un haut niveau de satisfaction. Il s'est également doté d'un plan de gestion du risque en matière de corruption et de collusion dans le processus de gestion contractuelle en suivi d'un rapport du Vérificateur général du Québec; celui-ci fait l'objet d'un rapport annuel de surveillance. Plusieurs mesures ont été prises, notamment la création de plusieurs directions, y compris celle de la logistique, en fonction des recommandations formulées par le Vérificateur général.

Une volonté d'agir en mode de gestion écoresponsable est présente. Un comité de développement durable a été mis en place et un conseiller au développement durable est nommé depuis 8 mois. Il est positionné stratégiquement sous la direction générale et un point statutaire sur le développement durable est traité au comité de direction. L'organisation a réalisé une profonde réflexion sur ce dossier et plusieurs mesures ont été mises en place, notamment une politique de développement durable. Nous avons pris connaissance du tableau de bord de la direction des services techniques. Plusieurs mesures sont prises pour améliorer divers éléments dans ce dossier. Elles incluent le renforcement de la compréhension du développement durable dans l'organisation et dans la communauté; la réduction de l'empreinte carbone par une diminution de 25 % des gaz à effet de serre en 2023-2024; et une série de mesures visant à réduire la consommation électrique. Nous soulignons également la volonté de développer davantage le compostage, ce qui permettra de mettre sur pied des initiatives telles que des jardins communautaires pour la communauté. L'arrivée du nouveau conseiller sur ce sujet facilitera l'évolution du dossier. Les gestionnaires mettent en place d'autres initiatives pour soutenir la gestion

écoresponsable dans l'ensemble de l'établissement et promouvoir des pratiques qui soutiennent la gestion écoresponsable.

Dans l'établissement, les enjeux d'ordre éthique sont cernés. Des activités intégrées de sensibilisation et de formation ont lieu. Une structure d'ambassadeurs a été mise en place. Malheureusement, la personne ayant l'expertise en éthique a quitté l'établissement il y a quelques mois; toutefois, l'équipe a fait appel au soutien de l'équipe d'éthique clinique du CISSS de Laval qui répond à toutes les demandes qui lui sont adressées et émet des avis. L'équipe souhaite compter sur une équipe stable étant donné qu'il y a eu plusieurs départs. Nous encourageons l'équipe à s'adjoindre des usagers partenaires dans son équipe.

Nous félicitons l'équipe pour l'ensemble des activités réalisées, malgré une équipe restreinte. Cela permet d'assurer une saine gestion des concepts en éthique et d'en mesurer les progrès.

En ce qui concerne la contribution et la collaboration des conseils professionnels, ils ont indiqué que le soutien nécessaire pour mener à bien leurs activités était présent et concret. Nous avons pu rencontrer les trois conseils professionnels actifs dans l'établissement : celui des infirmiers et infirmières, le conseil multidisciplinaire et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ils travaillent davantage en silos; nous leur avons proposé de commencer par organiser des réunions interdisciplinaires sur des sujets d'intérêt commun dans un contexte d'évolution de ces conseils vers un conseil interdisciplinaire suite à l'adoption de la loi 15 au Québec.

Un bureau d'usager partenaire est en train de se mettre en place; il verra le jour dans les prochains mois. Il permettra de renforcer l'engagement des usagers partenaires, qui pourront contribuer à la création de valeur ajoutée dans les initiatives d'amélioration de la qualité.

L'équité, la diversité et l'inclusion font partie intégrante du projet. Des mesures d'adaptation sont identifiées avec les partenaires syndicaux afin que davantage de personnes puissent travailler au sein de l'organisation. De la formation a été donnée sur les réalités autochtones (sécurité culturelle) et des communications portant sur l'inclusion ont été diffusées par différents moyens. Le déploiement d'un comité de travail chargé de la mise en place d'une politique sur l'inclusion et la diversité est en cours, et son élaboration avance rapidement. L'accueil et l'effort remarquable d'intégration d'un important contingent d'infirmières et d'infirmiers en provenance principalement de l'Afrique subsaharienne et du Maghreb font preuve de cette approche qui englobe de multiples facettes de l'intégration.

Nous souhaitons mettre en évidence les nombreux efforts déployés afin d'assurer une fluidité dans le parcours des usagers au sein de leur établissement. Les listes d'attente de chacun des programmes de services sont surveillées et des mesures sont prises pour éliminer les obstacles à la prestation de soins et de services, au moment opportun. Malgré les aléas concernant les ressources humaines et les nouvelles restrictions imposées par le MSSSQ, l'établissement réussit le plus souvent à maintenir l'ensemble des services à la population dans l'ensemble de ses RLS.

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
2.1.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent la révision périodique de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.1	Les gestionnaires de l'établissement associent la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté à l'élaboration d'un cadre éthique qui précise les comportements attendus et les mécanismes de gestion des enjeux éthiques.	Priorité élevée
2.2.9	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des mécanismes permettant d'évaluer et d'améliorer le respect du cadre éthique de l'établissement.	Priorité élevée
2.3.2	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers et les personnes proches aidantes pour veiller à la mise en œuvre des politiques et procédures liées à l'approche de soins centrés sur la personne.	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
2.4.1	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et tiennent compte de leurs points de vue lors des prises de décision.	Priorité normale
2.4.4	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et les parties prenantes dans l'élaboration des politiques ayant trait à la prestation de soins et services.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.5.3	Les gestionnaires de l'établissement facilitent la participation de la main-d'œuvre, des usagers, et des personnes proches aidantes aux activités d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
2.5.6	Les gestionnaires de l'établissement diffusent les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement et du système de santé et des services sociaux afin d'optimiser l'utilisation de ces apprentissages.	Priorité élevée
2.5.8	Les gestionnaires de l'établissement assurent le recours systématique à des processus et des outils d'aide à la décision clinique.	Priorité élevée
2.7.6	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté dans l'identification des obstacles liés à l'accès aux services et mettent en œuvre des actions pour les surmonter.	Priorité normale
2.10.2	Les gestionnaires de l'établissement communiquent régulièrement les résultats des indicateurs de mesure de la performance aux parties prenantes concernées.	Priorité normale
2.10.5	Les gestionnaires de l'établissement partagent les commentaires de satisfaction des usagers et des personnes proches aidantes avec les parties prenantes dans un souci de transparence et de responsabilisation.	Priorité normale
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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
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

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

Évaluation du chapitre : 94,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,6 % sont cotés non 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'équipe de direction fait régulièrement un suivi des indicateurs de performance grâce aux outils du ministère, notamment le Power BI. Pendant la période de pandémie et le changement de direction générale, les séances de salle stratégique de pilotage ont été suspendues. On nous a assurés que celles-ci reprendront en juin. Nous avons souligné à la direction l'importance d'ajouter des indicateurs de qualité dans le tableau de suivi stratégique et d'en utiliser certains comme leviers pour continuer à améliorer la qualité des services. Il serait profitable pour ce travail que l'établissement compte sur un cadre clair définissant la performance et ses composantes (par exemple : Commissaire à la santé et au bien-être du Québec ou Institut canadien d'information sur la santé).

Du soutien est offert aux gestionnaires en ressources humaines, en finances et en technologie de l'information afin qu'ils puissent gérer les responsabilités qui leur incombent. Nous souhaitons mentionner que le kata financier réalisé tous les deux mois comprend 10 questions explorant divers aspects financiers. En outre, l'équipe a obtenu le prix «Vedettes du Réseau» pour cette initiative pertinente qui favorise une bonne gestion. De plus, de nombreux ateliers de formation portant sur les finances, les ressources humaines, l'éthique organisationnelle, la sécurité, la confidentialité ou encore les actifs informationnels sont proposés aux gestionnaires afin de développer leurs compétences.

Des défis ont été relevés avec brio au cours des dernières années et des derniers mois, mettant à l'épreuve l'agilité et l'adaptabilité de l'organisation. Nous tenons à souligner l'agilité de la direction des services techniques, qui s'assure de répondre aux différents besoins des directions, mais qui a également développé un tableau de bord de suivi de différents indicateurs pour réduire son empreinte carbone. De plus, nous soulignons l'intégration d'usagers partenaires dans la réalisation de nouvelles constructions, par exemple dans le cadre de l'élaboration des plans de la maison des aînés et alternatives. Nous encourageons l'équipe à s'assurer de l'implication des usagers partenaires dans les projets à venir.

L'établissement accorde beaucoup d'efforts pour évaluer et assurer le bien-être et la sécurité de son personnel. Ces dernières années, il s'est doté d'un bureau de santé et sécurité chargé de la prévention.

La mise en place d'une logistique régionale a permis une meilleure gestion des approvisionnements et des stocks; elle s'est aussi dotée d'une politique d'approvisionnement responsable. Nous tenons à souligner l'initiative visant l'achat local des aliments : depuis un an, 50% des denrées viennent de la région. Un appel d'offres récemment publié devrait augmenter ce chiffre de 3%. Il est important que l'organisme continue de favoriser le développement de l'économie locale.

Les pratiques de gestion sont cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. La sécurité informationnelle, la protection des renseignements personnels, la gestion des actifs immobiliers et des équipements, le recrutement et les stratégies mises en place pour assurer une main-d'œuvre compétente, engagée et représentative de la communauté sont des pratiques bien maîtrisées au sein du CISSS de la Gaspésie.

Nous encourageons l'organisation à poursuivre l'intégration et le développement d'indicateurs qui lui permettront de documenter ses avancées et les améliorations apportées à la qualité des services offerts à sa population.

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
3.3.1	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
3.3.11	Les membres de la haute direction de l'établissement procèdent à l'évaluation du rendement des gestionnaires en utilisant des outils qui réfèrent aux résultats attendus au regard d'objectifs prédéfinis.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 94,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,2 % sont cotés non 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'établissement a mis en place un cadre de référence en matière de qualité visant à soutenir chacun de ses membres dans leur engagement et leur rôle envers la qualité. Ce document est un outil intégrateur permettant d'atteindre cet objectif : maintenir et améliorer l'état de santé de l'utilisateur tout en maintenant un haut niveau de satisfaction. Cependant, nous encourageons l'établissement à se doter d'un plan intégré de gestion des risques. De plus, il a adopté un plan de gestion du risque en matière de corruption et de collusion dans le processus de gestion contractuelle, en suivant un rapport du vérificateur général du Québec; ce dernier donne lieu à un rapport annuel de surveillance. Plusieurs mesures ont été mises en place, dont la création de diverses directions, y compris celle de la logistique, selon les recommandations formulées par le Vérificateur général.

Le Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services est solide malgré une équipe restreinte. Une commissaire, un commissaire adjoint et des médecins-examineurs contractuels effectuent un travail de qualité, en pleine autonomie de leur rôle. Les délais de traitement sont dans la très grande majorité respectés au sens de la Loi. La synergie de l'équipe est énergique et la collaboration avec l'organisation pour améliorer les processus est excellente. Le mandat du comité des usagers est bien défini et ces derniers sont très actifs, nous tenons à souligner le dynamisme de la présidente du comité des usagers du centre intégré.

Nous encourageons les équipes à poursuivre leurs démarches porteuses d'espoir pour plusieurs minorités, dont celles des communautés autochtones et celle de la communauté LGBTQ+. De plus, considérant l'embauche d'un important contingent de personnel provenant de l'Afrique, l'établissement devra sensibiliser son personnel et la communauté aux enjeux culturels afin d'assurer l'intégration harmonieuse de ces nouvelles ressources dans le milieu et dans les équipes de travail. L'équipe visiteuse a confirmé que la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail et la procédure inhérente étaient formellement établies et bien mises en application. De plus, elle a constaté que la pratique organisationnelle exigée concernant la formation annuelle sur la sécurité des usagers était conforme. Il convient également de souligner que l'organisation possède une stratégie visant à prévenir et à combattre la maltraitance des personnes vulnérables ainsi qu'un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers. Ces éléments ont été vus et validés grâce aux documents soumis lors de trois incidents récents. Tout cela est documenté.

Une autre pratique organisationnelle requise, en lien avec le processus de divulgation, est atteinte et nous avons pu le vérifier dans les trois situations dont nous avons pris connaissance. L'équipe visiteuse confirme que le règlement, la politique et la procédure sont formalisés; elle invite cependant l'équipe à continuer ses efforts pour documenter la rétroaction des usagers, des familles ou des proches aidants sur leur expérience relative à la divulgation et à la consigner au dossier. Ces informations permettent d'améliorer le processus de divulgation.

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
4.1.3	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
4.1.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail qui vise à sensibiliser, prévenir et réduire le risque.	POR
4.1.5.7	Les gestionnaires étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
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
4.2.6.5	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	

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

Évaluation du chapitre : 93,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 6,5 % sont cotés non 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 collaboration et l'entraide sont cruciales pour l'équipe de planification des soins et services en cas d'urgence ou de sinistre. Un plan de sécurité civile a été conçu et est désormais mis en œuvre par les équipes. Ce plan couvre la prévention, la préparation, la formation, la planification, l'intervention et le rétablissement. Des listes de vérification spécifiques à chaque code couleur ont également été établies. Nous encourageons l'équipe à partager ces documents avec les équipes locales et à les appliquer lors des exercices de simulation.

L'équipe des mesures d'urgence et de la sécurité civile du CISSS de la Gaspésie a mis en place une structure de gouvernance, défini un mandat et clarifié les rôles attendus des gestionnaires du CISSS de la Gaspésie ainsi que de son propre rôle. Pour les partenaires externes, le CISSS de la Gaspésie sert de point de contact principal en cas d'urgence ou de catastrophe, avec un plan de communication bien défini pour l'ensemble du territoire.

Un programme de formation pour le personnel clinique est en place. Nous recommandons à l'organisation d'étendre ce programme à tous les employés. Nous conseillons également à l'organisation de mettre au point des procédures pour la reprise des activités post-sinistre et d'organiser des réunions de coordination pour les débriefages.

Étant donné l'étendue du territoire à couvrir, il serait intéressant de développer le projet des préventionnistes répartis sur tout le territoire pour améliorer la réponse aux différents enjeux.

Nous souhaitons souligner la création du groupe COPIN, un comité de planification d'intervention d'urgence, qui assure une réponse adéquate aux diverses situations rencontrées dans la région. En outre, l'engagement de l'équipe à traiter les problèmes climatiques et à concevoir des plans d'action pour protéger le patrimoine immobilier et les infrastructures est un projet notable.

Nous félicitons l'équipe pour l'ensemble des activités réalisées et l'invitons à poursuivre dans cette direction.

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
5.1.8	Les gestionnaires de l'établissement proposent, à l'ensemble de la main-d'œuvre, une offre de formation sur les situations d'urgence et de sinistres, afin de renforcer les compétences pour participer à l'évaluation des besoins, à l'intervention et au rétablissement.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
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

Santé publique

Évaluation du chapitre : 98,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,9 % sont cotés non 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 santé et le bien-être de la population représentent les fondements du programme régional de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (GÎM). L'offre de services de la Direction régionale de la santé publique s'appuie sur la Loi sur la santé publique, le programme national de santé publique 2015-2025 et le Plan d'action interministérielle 2022-2025. Les axes de travail de l'équipe régionale de santé publique de GÎM incluent : la santé des personnes âgées, le développement optimal de l'enfant, la promotion de la santé mentale et les défis des changements climatiques et leurs impacts sur la santé des populations en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Nous ne pouvons passer sous silence le dynamisme et la volonté d'améliorer l'état de santé de la population manifestés par toutes les équipes rencontrées. Il est remarquable de constater la stabilité de l'équipe, attribuable, selon plusieurs, à la reconnaissance et au leadership de la direction en place. La direction proactive démontre un professionnalisme et un engagement exemplaires envers la communauté. La solidité et l'articulation de la direction régionale méritent d'être reconnues tant au niveau local que national.

Lorsqu'on interroge les professionnels, ceux-ci ont tendance à se référer systématiquement aux données probantes et à maintenir que l'amélioration de la santé ou l'impact favorable sur la population a été démontré. L'évaluation continue des services peut apporter un éclairage différent sur l'offre de services à la population et permettre de faire les ajustements nécessaires.

Le financement tardif et non récurrent pour des projets bénéfiques à la population ne permet pas toujours de pérenniser les interventions ou actions mises de l'avant sur le long terme. Nous encourageons les équipes à réfléchir à la manière d'optimiser et de valoriser certains projets porteurs mis en place, dans l'optique de constituer un modèle pour d'autres établissements du réseau de la santé. Le nombre important d'initiatives mises de l'avant doit être évalué dans un contexte de rareté des ressources, d'amélioration continue et de pérennisation.

L'iniquité est soulevée comme étant un enjeu dans les ententes entre le MSSS et le ministère de l'Éducation. Les partenaires du secteur de l'éducation mentionnent recevoir beaucoup de recommandations, mais disposent de peu de moyens pour les appliquer. De plus, les financements variés selon le nombre d'habitants, tels que ceux du ministère des Transports, ne permettent pas de faire avancer des projets comme la mobilité durable, compte tenu du très vaste territoire ayant une faible densité de population.

La concertation entre les instances locales et régionales est favorisée et maintenue. Nous encourageons l'équipe à faire rayonner, non seulement auprès des parties prenantes, mais aussi de la population concernée, les projets ayant un impact favorable sur la santé.

Des mécanismes de gouvernance sont en place et permettent aux CISSS des deux territoires de travailler ensemble. La table de coordination régionale et d'autres activités de concertation sont déployées afin de rejoindre les divers sous-groupes plus vulnérables de la population. Toutefois, nous nous interrogeons sur le nombre de ressources dédiées compte tenu des défis géographiques. L'évaluation des actions et des bienfaits sur la population doit être réalisée en continu afin de mesurer l'impact sur les populations concernées.

Les plans de surveillance des maladies infectieuses, de gestion des menaces et de santé environnementale sont bien développés et fonctionnels. À cet égard, une grille de mesure à mettre en place lors d'un événement est disponible, optimisant à la fois les interventions réalisées et la cohésion de l'équipe. Un logigramme détaillé pour le déclenchement du plan de mobilisation est également disponible. Le plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine est accessible aux différentes instances.

La rétroaction aux diverses parties prenantes, suite à des événements déclarés à la Direction de la santé publique, ainsi que la publicisation des interventions réalisées, doit être promue.

Les équipes sont mobilisées et engagées à élargir leurs services pour atteindre la population de leur vaste territoire. Cependant, les effets de la pandémie se font fortement sentir au sein de ces équipes de première ligne, qui perçoivent que leurs mandats passent après plusieurs autres. Nous invitons l'équipe à évaluer les différentes actions de soutien aux pratiques parentales, à mesurer dans quelle mesure elles rejoignent la population et à identifier les améliorations possibles, notamment pour les rencontres des parents dans le programme SIPPE.

Les services délégués aux points de services locaux ne doivent pas être faits en réponse au besoin de déplacer des ressources de la première ligne. L'inquiétude des intervenants de se retrouver en mode curatif plutôt qu'en mode préventif est très présente. La promotion de la santé et la prévention par des services de proximité doivent être une priorité.

Parmi les points qui méritent une attention particulière de la part de la direction de la santé publique régionale, nous tenons à mettre en avant : L'accessibilité aux services et aux thérapies de remplacement de la nicotine, qui n'est pas uniforme pour toute la population. La défavorisation économique et les différences entre les personnes ayant ou non une assurance privée augmentent l'écart de l'injustice sociale dans le programme de cessation du tabagisme. Pour répondre aux défis liés à l'étendue du territoire et pour atteindre la population plus éloignée, la proposition de l'équipe de se doter d'un CAT-Mobile pourrait faire partie des actions favorisant l'accessibilité pour tous.

Pour répondre aux besoins de la population en temps opportun, la direction doit revoir la disponibilité des ressources. Un point de vulnérabilité réside dans le fait que de nombreuses ressources expérimentées sont proches de la retraite, ce qui entraînera une perte d'expertise difficilement remplaçable.

Le travail en partenariat est très présent avec la direction régionale de santé publique, les organismes communautaires (environ 100), les municipalités et le milieu de l'éducation. L'accueil de la clientèle immigrante présente de nouveaux défis. Le besoin d'un service spécialisé en immigration se fait de plus en plus sentir. Le sentiment des cliniciens sur la perception des ITSS (infections transmises sexuellement et par le sang) comme des "infections de seconde zone" mérite l'attention de l'organisation. Des collaborations entre l'équipe des maladies infectieuses et d'autres programmes seraient souhaitables afin de mieux contrôler l'incidence des ITSS.

Nous encourageons l'organisation à renforcer la première ligne et les divers programmes de promotion et de prévention afin de prévenir les problématiques de santé et de réduire l'impact sur les besoins de consultation dans les urgences.

Nous souhaitons également souligner les projets phares des équipes tels que : le projet "soutien psychosocial en camp de jour", Mission : Jouer dehors, Écollation, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), collectivité ZEN, et le projet "Relevaille".

Il est important de mentionner l'agilité de la direction régionale de santé publique à favoriser l'utilisation des points de services existants, les CLSC, pour répondre aux besoins de proximité de la population. Les Centres locaux de services communautaires sont bien connus des usagers et leurs emplacements favorisent l'accessibilité pour tous à travers toute la région. Les programmes de prévention et de promotion doivent être une priorité organisationnelle pour assurer une meilleure santé pour toute la population. Nous invitons l'organisation à collaborer davantage avec la DRSP dans tous les programmes de clientèle et de soutien.

Nous félicitons l'équipe pour l'ensemble des activités réalisées, pour leur dynamisme et leur engagement dans la santé populationnelle, et ce, malgré une équipe restreinte.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.9	La Direction de santé publique s'assure d'avoir accès aux ressources requises pour atteindre les buts et objectifs du plan d'action régional et assurer une mise en œuvre efficace.	Priorité normale

Télésanté

Évaluation du chapitre : 84,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,9 % sont cotés non 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'utilisation de la télésanté s'est rapidement accrue au cours des dernières années, offrant des avantages significatifs en termes d'accès aux soins, de continuité des services et d'efficacité opérationnelle. Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie a mis en œuvre diverses initiatives de télésanté pour améliorer les soins aux usagers dans cette région vaste et souvent difficile d'accès. La pandémie a favorisé le développement exponentiel de la télésanté. Les professionnels, incluant les médecins, se sont mobilisés afin de s'approprier une nouvelle approche technologique en faveur des usagers.

En ce qui concerne la gestion de la technologie et des données, un système robuste de gestion des données garantissant la confidentialité et l'intégrité des informations de santé a été mis en place ainsi qu'une solution de sauvegarde et de récupération des données en cas de pannes techniques.

Afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins, l'utilisation de plateformes de télésanté sécurisées conformes aux normes de confidentialité et de sécurité a été déployée, des procédures rigoureuses pour l'identification des usagers et la gestion des urgences lors des consultations à distance ont été mises en application et de l'autoformation pour les intervenants en vue de garantir des pratiques optimales en télésanté est disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).

Les situations ou questionnements éthiques font partie intégrante du processus de mise en œuvre de la télésanté et selon la situation, le pilote clinique ou technique peut faire appel au personnel de l'éthique de façon ponctuelle.

Le site internet explique avec brio la télésanté et fournit énormément d'informations pertinentes à la population gaspésienne. Plusieurs outils d'aide à la décision, de processus et d'aide-mémoires sont élaborés et mis à la disposition du personnel tels que la modalité de prestation de soins, le consentement et le guide des bonnes pratiques en télésanté. Les outils sont fondés entre autres sur le réseau québécois de la santé qui renferme des ressources à la fois utiles pour l'utilisateur et sa famille.

L'accès aux services de télésanté a permis la réduction des temps d'attente pour certaines consultations ainsi que l'augmentation significative de l'accès aux spécialistes pour les usagers dans les régions éloignées. L'expérience des patients semble très positive selon des témoignages recueillis verbalement. Nous recommandons d'évaluer objectivement cet aspect, ce qui permettra sans aucun doute de faire la promotion des services de télésanté.

Nous recommandons d'élaborer un programme de gestion de la qualité en télésanté en vue de garantir que les soins fournis à distance sont sécuritaires, de surveiller et d'évaluer les pratiques de télésanté, d'aider les prestataires de télésanté à se conformer aux normes et réglementations en vigueur, de contribuer à l'amélioration de l'expérience et de la satisfaction des usagers et d'optimiser les ressources. En somme, un programme de gestion de la qualité en télésanté est essentiel pour garantir que les services fournis sont sûrs, efficaces, conformes et centrés sur l'utilisateur, tout en favorisant une amélioration continue et une utilisation optimale des ressources.

Les plus grands enjeux rencontrés, principalement par les usagers, sont les problèmes de connexion à un service internet fiable et robuste ainsi que l'utilisation des plateformes.

En conclusion, le CISSS de la Gaspésie a fait des progrès significatifs dans l'implémentation de la télésanté, offrant des avantages notables en termes d'accès et d'efficacité des soins. Toutefois, des améliorations sont nécessaires pour surmonter les défis technologiques et opérationnels.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
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
7.2.1	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
7.2.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les usagers participent à au moins un volet de la conception, de la prestation et de la mise en œuvre des services de télésanté.	Priorité normale
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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.9	Les équipes révisent régulièrement les lignes directrices et les protocoles en collaboration avec les usagers.	Priorité élevée

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 79,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le CISSS de la Gaspésie est en train de redéfinir sa structure de gouvernance et de fonctionnement en prévention et contrôle des infections, en vue de maximiser l'utilisation des ressources humaines. Les comités stratégiques, interdisciplinaires ou cliniques sont composés de représentants des diverses directions cliniques ou de soutien ainsi que de l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI). Les membres possèdent les compétences ainsi que les habiletés nécessaires pour faire avancer les dossiers ou prendre des décisions. Les rôles et attentes sont bien définis et compris de tous. La présence active de microbiologistes dans les différents comités ou tables locales est une valeur ajoutée pour l'équipe de PCI ainsi que les employés. Dans une optique d'amélioration continue et pour favoriser le cheminement de l'utilisateur, il serait pertinent d'intégrer un usager partenaire au sein des comités interdisciplinaires locaux.

Le comité stratégique, en collaboration avec les comités interdisciplinaires locaux, est encouragé à actualiser le plan d'amélioration continue de la qualité, à la suite de la révision et de la diffusion du programme de PCI, en intégrant la mise en œuvre, l'évaluation et l'efficacité du programme de PCI ainsi que ses composantes.

L'équipe de PCI est omniprésente dans tous les services et secteurs hospitaliers, d'hébergement et ambulatoires. Leur expertise est reconnue et les conseillères sont régulièrement sollicitées. Il existe une étroite collaboration, fondée sur le respect des expertises, entre les soins infirmiers, la Direction de santé publique, les services de laboratoire, techniques, d'unité de retraitement, d'hygiène et salubrité, etc., en vue de tendre vers l'uniformisation des pratiques tout en tenant compte qu'il peut exister des particularités selon les réseaux locaux de services (RLS).

L'équipe de prévention travaille de concert avec la Direction de santé publique du CISSS. Des communications ont lieu de façon régulière. Une communauté de pratique est en place depuis quelques années, ce qui favorise les échanges ainsi que le partage des expériences vécues. Le personnel, les stagiaires, les bénévoles, les usagers et leurs proches bénéficient de plusieurs formations dès l'embauche ou leur arrivée ainsi qu'en cours d'emploi. Elles sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), mais peuvent être dispensées en présence selon les besoins. Les mises à jour en fonction de l'évolution ou des changements au niveau des bonnes pratiques sont faites de façon soutenue.

Le CISSS de la Gaspésie dispose de politiques, de procédures ainsi que de la documentation telle que les outils d'aide à la décision bien définis pour la PCI et alignés sur les directives nationales. Ils sont accessibles, connus et utilisés par le personnel. L'équipe de prévention et contrôle des infections, avec le support d'auditeurs, procède de façon assidue et rigoureuse à des audits sur l'hygiène des mains. Malgré de multiples efforts de l'équipe ainsi que des suivis rigoureux, des campagnes de sensibilisation et de la formation continue, les résultats demeurent inférieurs à la cible définie. Un plan d'action est élaboré en vue de favoriser la conformité de l'hygiène des mains et adapté en fonction de l'évolution des résultats obtenus et des secteurs. Une vigie assidue est faite par l'équipe avec une entière collaboration des gestionnaires. L'identification de stratégies novatrices et ciblées est en constante évolution. Nous encourageons l'établissement à poursuivre ses efforts.

Le nombre de postes de conseillère en PCI est conforme au ratio, un seul poste est actuellement vacant, mais en affichage dans le RLS de Gaspé.

Nous recommandons l'élaboration d'une politique d'immunisation de manière rigoureuse, cohérente et adaptée aux besoins spécifiques du CISSS de la Gaspésie, garantissant ainsi une meilleure protection contre les maladies évitables par la vaccination.

Le nettoyage et la désinfection des chambres et de l'environnement sont bien organisés au sein des divers services. Il y a un partage des responsabilités entre le personnel de l'unité et le service d'hygiène et salubrité. Chacun connaît son rôle ainsi que les techniques selon les isolements. Des audits visuels sont effectués périodiquement puis diffusés aux gestionnaires et à leurs équipes.

Le service d'hygiène et salubrité est un incontournable en prévention et contrôle des infections. Les différentes équipes travaillent en étroite collaboration avec le personnel des secteurs et l'équipe de prévention en vue de respecter les bonnes pratiques. Différents moyens sont mis en place afin d'offrir un service de qualité, efficient et efficace, tels que des capsules de formation lors des caucus, du jumelage, des audits et de la rétroaction par les pairs.

L'équipe de PCI assure la surveillance des infections nosocomiales et fait un rapport détaillé aux directions. Les résultats sont aussi communiqués au personnel, aux bénévoles ainsi qu'au comité des usagers ou résidents. Selon les besoins, des séances d'information ou de formation sont mises en place en vue de favoriser la compréhension et de prôner la prévention. Des comités d'éclosion sont mis en place lorsque la situation le nécessite, ce qui permet d'échanger et de chercher des solutions.

En résumé, les membres des comités stratégiques et interdisciplinaires, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI), les gestionnaires, le personnel et la direction générale sont soucieux de favoriser et de maintenir une culture organisationnelle de prévention et contrôle des infections au sein du CISSS de la Gaspésie.

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
8.1.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un programme de prévention et de contrôle des infections est en place.	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.	
8.2.11	Le comité interdisciplinaire met à jour le programme de prévention et de contrôle des infections en fonction des modifications apportées aux règlements, des données probantes et des meilleures pratiques applicables.	Priorité élevée
8.2.20	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique d'immunisation pour la main-d'œuvre.	Priorité élevée
8.2.24	Les gestionnaires de l'établissement privilégient l'utilisation du matériel muni d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.30	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.	POR
	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.	
	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.	
8.3.12	Le comité interdisciplinaire dispose d'un plan d'évaluation pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée
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

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 88,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 11,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Nous avons visité les unités de retraitement des dispositifs médicaux, d'endoscopie ainsi qu'une unité satellite en radiologie à l'Hôpital de Gaspé. Nous avons rencontré les équipes des installations du CISSS de la Gaspésie, soit l'Hôpital de Gaspé, l'Hôpital et groupe de médecine de famille universitaire de Maria et l'Hôpital et CLSC de Sainte-Anne-des-Monts. Trois secteurs d'endoscopie ont également été visités (Hôpitaux de Gaspé, Maria et Sainte-Anne-des-Monts).

Les différentes unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) visitées ont été rénovées au cours des dernières années. Il n'y a pas d'entreposage dans les différentes unités de retraitement, le matériel retraité se retrouve donc dans les locaux des blocs opératoires, dans des zones qui respectent les normes de conditions environnementales. Il en est de même pour tous les secteurs des URDM. Des inspections et vérifications des différents systèmes de ventilation, pressurisation, taux d'humidité sont effectuées par le personnel de la direction des services techniques. Un logiciel permet d'assurer le suivi de ces informations en temps réel dans les différentes sections et des actions sont prises si nécessaire. Le suivi de ces relevés est très important, car en cas de problématique, il pourrait être nécessaire de répéter le retraitement.

L'offre de services des URDM est bien définie pour l'ensemble du CISSS de la Gaspésie. Le personnel des équipes de l'URDM est peu nombreux, ce qui peut parfois poser un défi pour le remplacement. Actuellement, les équipes sont stables et expérimentées. Elles ont une grande préoccupation pour la sécurité des clientèles qui bénéficient bien souvent, sans le savoir, de leur grande expertise sans jamais être en contact avec elles.

Nous avons trouvé dans les divers documents soumis plusieurs descriptions de fonctions et de tâches des préposés à la stérilisation, des préposés aux bénéficiaires, qui ne sont pas datées et qui sont différentes d'un établissement à l'autre. Nous suggérons à l'organisation de mettre à jour ces descriptions de fonction et d'en élaborer une spécifique au préposé en retraitement des dispositifs médicaux. Il serait souhaitable d'y inclure les qualifications requises et de l'harmoniser pour l'ensemble des unités de retraitement du CISSS de la Gaspésie.

Des grilles d'évaluation et des audits sont effectués lors de l'intégration des nouveaux employés. Différentes initiatives ont été mises en place pour assurer le maintien des compétences et la qualité des services offerts. L'accès à la formation continue est favorisé pour les équipes (participation à des colloques, formations en ligne par les milieux d'enseignement et l'organisation). Nous suggérons de poursuivre la mise à jour du document utilisé lors de l'orientation du nouveau personnel et que celui-ci soit utilisé dans l'ensemble du CISSS. Il n'y a pas actuellement d'évaluations du rendement effectuées par les gestionnaires. Nous leur suggérons de reprendre cette activité.

Il n'y a pas de comité interdisciplinaire à l'URDM, mais les différentes directions impliquées collaborent à l'offre de services. Les problématiques sont discutées au fur et à mesure. Des comités ad hoc sont formés avec l'URDM selon les dossiers. Nous encourageons l'organisation à formaliser ces rencontres et à instaurer une instance permettant la mise en œuvre du plan d'action et la résolution des problématiques rencontrées.

L'équipe de la direction des services techniques et du génie biomédical est très proactive en ce qui concerne l'entretien préventif et le remplacement des différents appareils. Un plan de remplacement des

équipements est suivi étroitement. Il en est de même pour l'entretien préventif des équipements. Différents indicateurs sont suivis par cette équipe, assurant une planification efficiente et en temps opportun. Un document concernant les indicateurs de maintenance 2019-2024 a été élaboré pour permettre une meilleure planification des interventions à effectuer. Nous félicitons l'équipe pour ces initiatives qui assurent la qualité et permettent d'optimiser l'offre de services.

Des ententes contractuelles sont en vigueur pour différents appareils et respectent les cadres de référence approuvés et les normes concernant la qualité.

Les équipes de prévention et contrôle des infections sont impliquées dans les différents dossiers et effectuent des audits concernant l'hygiène des mains. Les résultats des audits effectués ne sont pas affichés ni communiqués au personnel dans la majorité des sites visités. Nous encourageons l'établissement à favoriser la diffusion des résultats.

La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux employés et également à tous les employés des services techniques. Il en est de même pour les employés et contracteurs externes qui y effectuent des travaux.

Les équipes de l'URDM et de la prévention des infections sont impliquées lors de l'achat d'équipement ou de fournitures médicales. Il en est de même pour le personnel des services techniques et biomédicaux. Nous avons pu constater la grande collaboration qui existe entre les différents secteurs impliqués et les directions, permettant une meilleure coordination des services médicaux et chirurgicaux et une offre de service bonifiée.

Nous retrouvons dans les différentes unités de retraitement des dispositifs médicaux des documents variés concernant les procédures opérationnelles normalisées. Actuellement, les établissements utilisent les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) comme procédure ou comme référence, ce qui assure la conformité de celles-ci. Nous suggérons à l'organisation de poursuivre sa démarche de mise à jour des procédures opérationnelles normalisées et de les harmoniser à l'ensemble des URDM du CISSS en tenant compte des spécificités de chacune. Nous avons observé et constaté que toutes les procédures sont effectuées selon les normes par le personnel.

Le respect des recommandations des fabricants est essentiel pour l'équipe. La rigueur du travail des équipes et les nombreux contrôles de qualité effectués durant tout le processus de retraitement assurent la sécurité et l'absence de rappel des dispositifs médicaux depuis de nombreuses années.

Il n'y a pas de procédure concernant le transport des dispositifs médicaux retraités retournés dans les CHSLD et CLSC. Nous suggérons à l'organisation d'élaborer une procédure et de la transmettre à l'ensemble des partenaires externes.

Un plan d'amélioration du service de retraitement des dispositifs médicaux a été élaboré, respectant les différents chapitres d'évaluation du document d'Agrément Canada. Différentes stratégies d'amélioration y sont indiquées de même que les responsables des différentes directions impliquées et l'échéancier désirés. Il serait souhaitable d'y inclure des indicateurs de performance et de qualité pertinents, permettant d'évaluer la progression des objectifs. L'analyse régulière des données découlant des indicateurs permettra de suivre la progression des actions vers l'atteinte des objectifs, et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Unité de retraitement de l'Hôpital de Gaspé :

Cette unité, rénovée il y a quelques années, dispose de locaux adaptés aux besoins de retraitement des dispositifs médicaux. Elle ne dispose que de deux aires : souillée et propre.

Des postes informatiques dans le secteur propre sont disponibles sur chaque poste de travail pour le personnel. Le montage des plateaux et diverses informations peuvent être consultés. Les résultats des tests de charge et autres sont entrés dans le système informatique et peuvent être consultés au besoin. Des caissons de différentes couleurs, selon la spécialité, sont disponibles et remplacent les emballages en papier. Des plateaux jetables ont été fabriqués sur mesure pour les différentes interventions, permettant d'optimiser le temps nécessaire au retraitement.

Nous avons visité le secteur de la radiologie de l'Hôpital de Gaspé afin d'y effectuer le suivi d'une recommandation émise lors de la visite de 2021. Elle concernait l'emplacement de l'appareil de stérilisation à haut niveau. Nous avons constaté que l'appareil est bien installé dans un local situé hors de la salle d'examen. Cependant, pour y accéder, le personnel doit traverser une autre salle d'examen occupée par un usager. De plus, nous nous questionnons sur le transport de la sonde dans une serviette en tissu vers le local dédié pour l'appareil. Nous suggérons qu'une mise à jour de la procédure de nettoyage de la sonde soit effectuée et recommandons que les sondes soient disposées dans une boîte fermée et hermétique lors du transport.

Unité de retraitement de l'Hôpital de Maria :

Les secteurs d'URDM, du bloc opératoire et du court séjour sont jumelés. Les préposés travaillent dans les différents secteurs. Tous les employés sont habilités dans tous les secteurs. Tous les relevés de charge sont documentés dans des fichiers informatiques permettant la traçabilité. Des procédures concernant l'entretien des URDM sont en vigueur et les équipes s'assurent du respect de celles-ci, en collaboration avec le service d'hygiène et salubrité. Un document a été produit concernant les tâches à effectuer et un calendrier de nettoyage est affiché. Les procédures sont contenues dans trois cahiers distincts pour chacune des aires et une feuille de saisie des tâches effectuées s'y trouve.

Unité de retraitement de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts :

Il n'y a pas d'appareil pour la stérilisation rapide, il a été retiré il y a quelques années. Une visite des CHSLD et CLSC est prévue par l'équipe prochainement afin de valider la procédure de prénettoyage des dispositifs médicaux et refaire la formation du personnel. Nous retrouvons une salle de pilotage au bloc opératoire et le personnel de l'URDM est invité à participer aux discussions lors de l'animation. Différents documents de référence sont disponibles pour le personnel, notamment un cahier de procédures opérationnelles normalisées.

Endoscopie :

Une formation initiale est offerte au personnel et des mises à jour sont également disponibles. Toutes les procédures sont conformes et le retraitement est effectué avec une grande rigueur par le personnel.

À l'Hôpital de Gaspé, l'armoire ventilée est située dans un bureau occupé partiellement par le personnel. La ventilation du local de retraitement n'est pas optimale et il y a un croisement entre le matériel et les usagers qui passent dans l'aire de nettoyage. Les différents éléments permettant d'assurer la traçabilité sont effectués à l'aide d'un lecteur de code-barres. Toutes les informations sont inscrites dans le logiciel contenu dans le laveur et peuvent être extraites à tout moment. Nous avons également visité un local aménagé pour le prénettoyage des endoscopes utilisés pour la clientèle d'ORL. Afin de pouvoir fournir les équipements en temps opportun, un local de débordement a été aménagé au troisième étage. La désinfection de haut niveau y est effectuée par trempage dans du CIDEX, dégageant une odeur forte sans ventilation adéquate. C'est le personnel de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux qui effectue cette tâche. Nous suggérons que cette pratique soit revue par l'établissement afin d'assurer la sécurité des employés.

À l'Hôpital de Maria, le retraitement des endoscopes est effectué à l'URDM et ils sont par la suite acheminés dans les armoires ventilées situées au bloc opératoire et à la clinique externe d'ORL.

Pour l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, les endoscopies sont effectuées au bloc opératoire et le retraitement des équipements à l'URDM adjacente. Les armoires ventilées sont dans un local situé à l'URDM. Une coordination est effectuée avec le personnel du bloc opératoire afin de fournir les équipements au moment opportun. Toutes les informations requises concernant la traçabilité sont accessibles et documentées.

L'importance des interventions du personnel des URDM est méconnue bien que leur rôle soit primordial dans la chaîne d'intervention menant à des soins sécuritaires et de grande qualité.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.1	Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.	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
9.4.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux compte trois zones distinctes (souillée, propre, d'entreposage) qui sont séparées physiquement.	Priorité élevée
9.5.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles sont distinctes des aires de soins.	Priorité élevée
9.6.2	Les gestionnaires de l'établissement recueillent sur une base régulière des données découlant des indicateurs pour suivre les progrès visant l'amélioration de la qualité.	Priorité normale
9.6.3	Les gestionnaires de l'établissement apportent des améliorations aux services de retraitement des dispositifs médicaux sur la base des résultats obtenus, des nouvelles connaissances et de la mise en place des mesures d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
9.6.4	Les gestionnaires de l'établissement communiquent l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent aux parties prenantes, aux équipes et à d'autres établissements.	Priorité normale

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 86,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 13,2 % sont cotés non 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'équipe de pharmacie du CISSS de la Gaspésie démontre une forte collaboration interrégionale, favorisant l'entraide et l'esprit d'équipe. Malgré les difficultés d'effectifs au sein des équipes de pharmacie, les équipes des divers services cliniques soulignent l'appui offert par l'équipe de pharmacie.

Il existe une culture d'amélioration continue qui englobe les activités du service, tant au niveau de la gouvernance du programme qu'au niveau local. Le comité de pharmacologie est un comité très actif, menant de nombreuses initiatives de changement. Notamment, l'équipe a récemment implanté Gespharx et standardisé avec succès le formulaire à l'intérieur du CISSS de la Gaspésie. De plus, la culture d'amélioration continue se traduit au sein de l'équipe interdisciplinaire au quotidien, notamment dans la gestion et le suivi des incidents reliés aux médicaments.

Toutefois, pour mesurer davantage l'application et l'efficacité des procédures en place et mieux identifier les écarts de performance, il est recommandé d'incorporer un tableau de bord avec indicateurs, tant pour faciliter la vigie faite par le comité de pharmacologie que pour assurer la communication des résultats auprès de chaque unité de soins. Ce faisant, il est important de préciser la modalité de capture des données pour assurer une évaluation continue. Par exemple, nous notons dans divers établissements l'utilisation d'abréviations dans les ordonnances. Bien qu'un audit ait été fait, cela offre typiquement une photo de la situation. Comme toutes les ordonnances sont saisies manuellement, on pourrait identifier les erreurs en continu.

De plus, il est à souligner que le comité de pharmacologie a développé de nombreux outils référentiels pour les équipes, tels que de nouvelles ordonnances collectives, un tableau des heures normalisées d'administration des médicaments, et la standardisation du formulaire de médicament. La poursuite des efforts de mise à jour des documents est recommandée, ainsi que privilégier l'utilisation d'une source unique de référence pour les outils de prise de décision pour les équipes (ex. intranet vs cartable papier pour les ordonnances collectives). Nous invitons l'organisation à considérer l'utilisation exclusive de l'intranet afin d'éviter une discordance dans les versions en vigueur.

Finalement, le comité de pharmacologie devrait porter une attention particulière aux normes non conformes qui étaient déjà identifiées comme telles lors de la visite précédente en 2019.

Certains points à soulever :

Hôpital Chandler

Nous encourageons l'hôpital à explorer un processus de surveillance en continu pour les solutés périmés afin d'éviter leur présence, notamment pour ceux moins fréquemment utilisés. De plus, nous encourageons l'hôpital à réfléchir sur l'emplacement des narcotiques. L'inventaire des narcotiques se retrouve dans les chariots de médicaments, qui sont dans le corridor de l'unité, ce qui ne peut être considéré comme un espace libre de distraction du personnel lors de la préparation des médicaments à haut risque.

Hôpital de Gaspé

Nous encourageons une approche plus uniformisée pour l'implication du patient, car certaines variabilités du niveau d'implication du patient furent notées. Entre autres, certains professionnels utilisent une approche plus proactive pour l'enseignement des médicaments tandis que d'autres utilisent une

approche réactive, selon les questions du patient. Ceci peut créer un écart dans l'expérience patient. Nous recommandons également un processus de surveillance en continu pour le frigidaire de médicaments sur l'unité de soins afin d'éviter la présence de nourriture (ex. compotes, yaourt). Les outils référentiels développés par le comité de pharmacologie sont généralement connus par les équipes, toutefois, nous notons une variabilité quant à l'aptitude des professionnels des unités à consulter ces outils. Par exemple, certaines hésitations à retrouver les outils du programme de gestion des antimicrobiens furent remarquées.

MDAA Rivière-au-Renard

Il serait pertinent pour l'organisation d'évaluer l'espace utilisé pour garder la médication de chaque patient. Les salles de médicaments étant à l'extrémité de chacune des maisonnées, et considérant la grandeur des espaces, il serait pertinent de conserver les médicaments du résident dans sa chambre, dans une armoire sous clé. Cette pratique, déjà existante dans certaines autres MDAA, diminuerait les déplacements inutiles des employés. Nous craignons que les nombreux et longs déplacements amènent à une moindre adhésion aux meilleures pratiques d'administration de médicaments. Déjà, nous avons constaté que la FADM fut signée avant l'administration du médicament et la distance parcourue entre la salle de médicaments et la chambre du patient aurait pu engendrer une erreur de médicament. Il est encouragé d'assurer la signature de l'administration du médicament après la réception par le patient. Nous constatons une bonne collaboration entre l'établissement et l'équipe de la pharmacie. Toutefois, la route de transport des médicaments n'est pas optimale, créant des difficultés d'accès et le besoin de recourir à d'autres méthodes de transport de médicaments en cas de besoin hors des heures régulières.

Hôpital Sainte-Anne-des-Monts (SADM)

Généralement, l'application des bonnes pratiques de gestion des médicaments est respectée dans les unités de soins, et les processus qui interrelient l'équipe de pharmacie avec les unités sont bien compris et appliqués par tous. La vigilance doit être rehaussée concernant l'inscription de la date d'ouverture des médicaments à doses multiples (ex. lactulose) qui se retrouvent dans les chariots de médicaments. De plus, la modalité de gestion des médicaments devant être retournés à la pharmacie doit être revue afin d'en assurer une plus grande sécurité. Il est préférable de ne pas utiliser le bac ouvert sur le côté du chariot de médicaments, mais plutôt d'utiliser le tiroir verrouillé dédié aux retours à la pharmacie sur le chariot. Ceci permet d'éviter de laisser des médicaments accessibles sans surveillance. Certains écarts ont été notés quant au niveau de connaissance du programme de gérance des antimicrobiens. Malgré un processus bien connu par l'équipe de pharmacie, ce niveau de compréhension n'était pas présent chez le personnel de première ligne. Il est recommandé d'harmoniser la compréhension des différentes ressources de référence, processus et outils de travail.

CHSLD Cap-Chat

L'équipe de leadership du CHSLD démontre un très grand engagement pour la qualité des soins et services offerts au sein de l'établissement. Notamment, une culture de la mesure est observée par l'utilisation d'indicateurs sur différentes thématiques. En appui, une culture axée sur l'amélioration continue de la qualité est perceptible dans les diverses interventions et initiatives de changements mis en place. Les processus attendus concernant la gestion des médicaments sont bien connus et appliqués par l'équipe de soins. Les outils de référence et de travail sont accessibles et utilisés, et la communication entre les acteurs clés se fait de façon fluide. Nous encourageons l'organisation à poursuivre ses efforts d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

RAC Cap-Chat

La RAC se démarque par son approche centrée sur la personne et sa philosophie de milieu de vie alternatif. L'équipe démontre un haut niveau d'engagement envers l'expérience client ainsi que la qualité des soins et services offerts. L'établissement est desservi par la pharmacie de la communauté et les patients sont suivis par un médecin en communauté. Ainsi, il est à noter que de nombreuses normes de gestion des médicaments ne s'appliquent pas au fonctionnement de la RAC. Toutefois, utilisant un système de DISPILL, l'administration des médicaments est faite par acte de délégation envers l'équipe. Les membres de l'équipe ont tous suivi des formations en respect à la loi 90. Nous notons une utilisation constante des outils de travail et de documentations rattachés à l'administration de médicaments. Les processus adaptés à l'environnement pour la prévention et le contrôle des infections sont suivis. Il est à souligner que l'établissement n'a eu qu'un seul cas d'infection nosocomiale et aucun employé atteint

durant la pandémie de COVID-19.

Centre de réadaptation en dépendances de la Haute-Gaspésie

Nous notons une gestion rigoureuse des médicaments et des processus bien appliqués. Toutefois, les suivis de médication peuvent être complexes en utilisant plus d'une pharmacie communautaire. La pharmacie de l'hôpital n'est pas impliquée. Nous encourageons l'établissement à explorer l'opportunité de processus pour simplifier les suivis devant être faits par l'équipe.

Centre d'hébergement et de réadaptation de Maria

De nombreux points forts furent observés, notamment la présence d'une pharmacienne sur place, les stratégies mises en place pour la double vérification de la distribution des médicaments et la vérification des chariots. Il est recommandé d'harmoniser l'accès aux documents informatiques par tous les membres du personnel. De plus, il est recommandé de revoir le processus de classement et d'entreposage des médicaments fait par ordre alphabétique afin d'éviter le risque d'erreur.

Hôpital de Maria

L'harmonisation de la mise en application de la liste des abréviations permises et non permises est recommandée. Il est aussi recommandé de mettre en place un processus de surveillance et de suivi pour adresser les non-conformités. De plus, il est recommandé d'explorer les options pour mettre en place des aires de préparations de médicaments « sans distraction ». Il serait également important de mettre en place un processus de standardisation pour la prise de température et utiliser un registre pour documenter la température. Finalement, afin d'assurer la sécurité de tous, il est recommandé de rappeler l'usage des trousses de déversements et de compléter des mises en situation en cas de déversement.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
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.	
10.1.9	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'accès aux antidotes pour gérer le traitement des intoxications ou le surdosage.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.14	Le comité interdisciplinaire a à sa disposition des critères pour l'ajout, le retrait et la restriction d'usage des médicaments au formulaire thérapeutique.	Priorité normale
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
10.3.17	Les usagers et les personnes proches aidantes sont renseignés quant aux risques associés à la modification de la programmation des pompes à perfusion.	Priorité élevée
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	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
10.5.8	Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.	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 .	
10.6.6	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
10.7.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les aires de préparation des médicaments sont propres, organisées et libres de tout encombrement.	Priorité élevée
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
10.9.12	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques ont à leur disposition une trousse en cas de déversements de produits dangereux. Cette trousse se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques sont distribués et administrés.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.11.12	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs ciblés pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale