ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec[MC]

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Rapport publié: 07/08/2024

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 8
- Soins centrés sur les personnes 8
- 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 12

Pratiques organisationnelles requises 13

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre 15

- Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population 15
- Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles 19
- Leadership – Gestion de la qualité et des risques 21
- Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres 25
- Santé publique 28
- Télésanté 30
- Programme de prévention et de contrôle des infections 33
- Services de retraitement des dispositifs médicaux 36
- Gestion du circuit du médicament 37

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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 12/05/2024 au 16/05/2024.

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 influer sur son statut d'agrément.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population des Îles-de-la-Madeleine. Il a pour mission de prévenir, guérir, soigner et soutenir le mieux-être et la santé de sa clientèle et répond aux besoins d'environ 13403 citoyens. Le CISSS des Îles assume quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS), soit celles de centre hospitalier (CH), de centre local de services communautaires (CLSC), de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA).

L'établissement compte huit sites et dispose de 30 lits de courte durée et de 64 lits de longue durée. Il compte plus de 625 employés auxquels s'ajoutent 24 médecins omnipraticiens, 11 médecins spécialistes, trois (3) pharmaciens et une centaine de spécialistes visiteurs. Le CISSS des Îles collabore avec différents partenaires du réseau, dont le CISSS de la Gaspésie pour assurer une offre de soins et services complète aux citoyens de son territoire.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Interdisciplinarité

L'équipe visiteuse a constaté une bonne collaboration avec les partenaires de la communauté consultés. Ces partenaires soulignent la qualité de la communication et de la collaboration avec le CISSS. Dans certains cas, cette collaboration est établie dans des ententes formelles. Une très bonne collaboration a également été constatée entre les directions.

Une approche intersectorielle et interdisciplinaire est bien observée à la direction santé publique. Les forces identifiées se définissent dans une collaboration avec la communauté, par des organisateurs communautaires bien impliqués dans les différentes tables de concertation et des partenariats soutenus avec les 19 organismes communautaires que composent les Iles. Un récent poste de coordonnatrice du réseau local de service et partenariat permet de jouer un rôle de proximité avec les différentes instances de la communauté.

Un lien avec la communauté de pratique provinciale permet la vigie afin de s'assurer des bonnes pratiques et tendances en télésanté. Le développement des activités de télésanté auprès de la population locale favoriserait une approche interdisciplinaire particulièrement pour les usagers présentant des problèmes de santé complexes. L'approche interdisciplinaire intra CISSS est observée et semble importante. En contrepartie, il y a un constat d'une tendance de travail en silos qui commande une meilleure intégration, de la cohérence et une concertation des différents acteurs (meilleur travail d'équipe).

Continuité de la trajectoire

Beaucoup d'efforts sont consentis pour bien répondre aux besoins des usagers. Les partenaires consultés confirment la grande collaboration dans la fluidité de la trajectoire.

Il est constaté que plusieurs politiques et procédures sont en cours d'élaboration. Une attention particulière sur les dates de révision est recommandée considérant que plusieurs datent de plus de cinq ans.

En santé publique, la trajectoire de services est bien implantée dans un continuum de santé (ex. : infections transmissibles sexuellement et par le sang/ITSS, vaccination). Le dépistage dans la communauté se réalise à l'intérieur d'activités de sensibilisation.

Pour ce qui est de la télésanté, la mise en place de téléconsultations avec des médecins spécialistes soutenue par la présence d'une infirmière est appréciée par les usagers et leurs proches. L'équipe est encouragée à documenter au dossier les interventions en télésanté afin d'assurer la documentation de la continuité de soins et la mise en place de plans de soins et services individualisés qui pourrait être nécessaire dans certaines situations.

Expérience usager

La satisfaction des usagers et des proches rencontrés est globalement significative. L'approche de soins centrés sur la personne fait partie intégrante de l'organisation de services. Le personnel rencontré durant la visite est à l'écoute des usagers; donner des services de qualité «comme si c'était un de nos proches» est une valeur dont les équipes sont fières. Les soins et services centrés sur la personne sont bien vivants dans les trajectoires de services.

L'équipe visiteuse a eu l'occasion de rencontrer la présidente du comité des usagers, le comité est très actif et fait le lien avec les comités de résidents. Il y existe un respect mutuel avec la direction et le comité des usagers. Il a créé le carnet de santé qui s'adresse à la population afin de permettre aux usagers de bien se préparer pour leurs visites et de préparer leurs questions avec les professionnels de la santé. Ils

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

organisent des capsules radio sur les droits des usagers. Ils ont réalisé un rapport d'expériences et de préoccupations d'usagers du CISSS à la PDG. Cette initiative qui permet de démontrer l'implication des usagers dans l'amélioration des services à la population est digne de mention.

Implication des usagers et des proches — Décisions de gestion

L'identification d'usager partenaire aurait une valeur ajoutée dans la planification, conception, mise en place et évaluation des services. L'intégration de la notion d'usager partenaire est à faire. Leur consultation dans l'élaboration des politiques et procédures ne fait pas partie des pratiques et de la culture. Les citoyens et des partenaires sont impliqués dans le développement d'outils s'adressant à la population (ex. : carnet d'urgence climatique). Il existe une structure de mesures et d'action en proche aidance qui est en cours de déploiement; l'établissement est encouragé à poursuivre en ce sens. Les personnes proches aidantes sont informées en temps opportun lors d'une éclosion et reçoivent la formation ainsi que le soutien requis pour contribuer de façon sécuritaire à la prestation de soins et de services aux usagers.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, l'équipe confirme la conformité des pratiques suivantes : le cheminement des usagers, la formation et le perfectionnement sur la sécurité des usagers, le programme d'entretien préventif, la formation sur l'hygiène des mains et le suivi des infections nosocomiales.

Néanmoins, l'établissement est invité à porter une attention particulière sur les pratiques organisationnelles suivantes : le bilan comparatif des médicaments, la divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers, le mécanisme de gestion des incidents et accidents, la désinfection de bas niveau, l'évaluation de la conformité à l'hygiène des mains, le programme de gérance des antimicrobiens, la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail, la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé, les stratégies d'atténuation des risques reliés aux opioïdes et la liste d'abréviations, symboles et désignations qui ne doivent pas être utilisées.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d’excellence

- Fine connaissance du portrait de santé de la population
- Faible taux d'assurance salaire
- Polyvalence et agilité des ressources
- Souci de bien répondre aux besoins de la communauté
- Services de proximité
- Reconnaissance de la communauté envers l'équipe du CISSS
- Préoccupation constante de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels
- Entretien, propreté et qualité des installations

Pistes d’améliorations

- Intensifier l'intégration des usagers partenaires
- Assurer une gestion anticipative des ressources
- Se doter de stratégies innovantes en ressources humaines
- Développer la culture de la mesure
- Renforcer les liens de collaboration interdirections et interdisciplinaires
- Formaliser les processus en général (politiques, procédures, programmes)
- Optimiser les processus cliniques
- Développer une culture de cogestion médico-administrative
- Augmenter la formation continue pour l'ensemble des services

Aperçu de l’amélioration de la qualité

Lors du premier cycle de visites, les visiteurs avaient identifié la présence d’une culture axée sur la qualité et la sécurité. Le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) des Iles a démontré, lors de la présente visite, qu’il désire bien encadrer cette culture par le développement d’un cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité qui fut adopté récemment (avril 2024) par le conseil d’administration de l’établissement. Il constitue la première étape d’une recherche continue d’amélioration. Il est compris que ce cadre de référence sera bonifié à la lumière de sa mise en œuvre et des expériences vécues dans l’établissement. L’appropriation d’une telle démarche et son application au quotidien représentent un défi de taille pour l’organisation et demande 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, soit le conseil d’administration, le comité de direction, les gestionnaires, l’ensemble du personnel, les médecins, stagiaires et bénévoles.

Tout comme au cycle précédent, les visiteurs ont noté que le CISSS doit développer une reddition de compte en matière de qualité. L’établissement est fortement encouragé à développer des indicateurs stratégiques de suivi permettant de garantir une recherche continue de l’amélioration continue.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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'usager 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'usager; 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 des Îles

Le statut d’agrément est :

Agréé - Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles 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.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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 de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Eudore-LaBrie	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Eudore-LaBrie	Gestion du circuit du médicament
CISSS des Îles	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS des Îles	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS des Îles	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS des Îles	Télésanté
CLSC de Bassin	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC de Bassin	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC de Bassin	Gestion du circuit du médicament
CLSC de l'Est	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC de l'Est	Gestion du circuit du médicament

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Installation	Chapitre
Hôpital de l'Archipel	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Hôpital de l'Archipel	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital de l'Archipel	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital de l'Archipel	Gestion du circuit du médicament
Soutien à domicile	Programme de prévention et de contrôle des infections
Soutien à domicile	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Soutien à domicile	Gestion du circuit du médicament
Santé publique - CISSS des Îles	Santé publique

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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.)	22	7	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	14	2	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	11	1	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	14	2	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	36	3	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	128	44	7	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	152	63	3	218
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	29	17	1	47
Total	406	139	11	556

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	0 / 5	0.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	4 / 5	80.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	3 / 5	60.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 5	60.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	2 / 5	40.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.33%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	2 / 7	28.57%
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	0 / 3	0.00%

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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		41 / 69	59.42%

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

Évaluation du chapitre : 79,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,9 % 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 :

Le CISSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat d'assurer des services en lien avec ses missions et de coordonner le réseau local des services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine. Il a également une responsabilité importante en santé publique, avec un objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être général de la population.

La mission, la vision et les valeurs du CISSS des Îles sont identifiées dans le rapport annuel et figurent dans la guide d'accueil du nouvel employé. Les valeurs identifiées sont l'humanisme, l'intégrité, l'engagement, l'excellence, le savoir-être et le savoir-faire. Il est entendu que la direction débute dans les prochains mois une large consultation auprès des parties prenantes, de la population, et des employés afin de produire une planification stratégique et réviser ces valeurs et sa vision.

L'établissement s'est doté d'un cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité. Ce document est la première étape d'une recherche continue d'amélioration, il se veut un outil de référence et de mobilisation pour développer une vision commune de la qualité des soins et services. Il vient d'être adopté en avril 2024. L'établissement est maintenant invité à faire connaître et vivre ce cadre de référence qui présente l'intégration de l'ensemble des activités liées à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services, le soutien d'une approche centrée sur l'expérience usager, la mobilisation de tout le personnel vers l'excellence des soins et des services dispensés, l'évaluation du degré de conformité des processus de travail, la mesure des résultats, l'encadrement de la démarche de l'établissement pour assurer le maintien de son statut d'agrément, la transmission de l'information au conseil d'administration sur l'ensemble des activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Le CISSS des Îles intègre depuis plusieurs années le développement durable dans ses actions. Un comité de développement durable a été mis en place. Un bachelier avec une expertise en développement durable se joindra à l'équipe prochainement et permettra de consolider la pérennité de toutes les initiatives que l'équipe a mises en place. Les travaux réalisés furent reconnus l'an dernier dans les prix d'excellence du ministère de la Santé et Services sociaux pour leur projet développé en 2017-2018, soit la conduite d'eau glycolée de 3,5 km qui a été installée entre le Centre hospitalier de l'Archipel et une centrale thermique d'Hydro-Québec afin d'utiliser les rejets thermiques de la centrale pour chauffer les trois bâtiments du CISSS. Par la suite, le système de chauffage de l'eau chaude domestique des bâtiments a été refait au complet afin de pouvoir être alimenté par cette source de chaleur. De plus, il faut souligner la récente initiative de développement durable à la cafeteria qui a mis en place un service de consigne (tasses, plats réutilisables) en remplacement des plats d'aluminium et plastique à emporter. Plusieurs autres projets sont réalisés et s'inscrivent dans une volonté de préservation d'un environnement fragile.

Les enjeux d'ordre éthique sont soumis au comité d'éthique, les visiteurs ont eu l'occasion de prendre connaissance d'opinions et d'avis produits par le comité. Cependant, lors de la visite, il a été observé que la connaissance des mécanismes d'accès au comité est à géométrie variable. Le comité d'éthique est encouragé à produire des capsules éthiques et à réaliser des réflexions éthiques auprès des équipes afin de les outiller et de développer le réflexe de sollicité par le comité.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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
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
2.2.5	Les gestionnaires de l'établissement utilisent l'information recueillie sur les enjeux éthiques organisationnels afin de planifier les initiatives d'amélioration de la qualité.	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
2.4.1	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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.4.5	Les gestionnaires de l'établissement encouragent une approche d'équipe interdisciplinaire associant l'usager et les personnes proches aidantes dans l'offre de services.	Priorité élevée
2.7.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui décrit les besoins à long terme de sa communauté et des autres parties prenantes en fonction des changements populationnels et démographiques, ainsi que la façon dont l'établissement continuera à répondre aux besoins évolutifs.	Priorité normale
2.8.1	Les gestionnaires de l'établissement élaborent des critères permettant de déterminer les priorités de soins et services de l'établissement en tenant compte de sa vision, sa mission et ses valeurs, et en collaborant avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les autres parties prenantes.	Priorité normale
2.8.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui détermine les priorités de l'établissement et la manière dont elles seront réalisées.	Priorité normale
2.8.3	Les gestionnaires de l'établissement analysent l'environnement de façon continue afin d'adapter le plan stratégique en fonction du contexte et de l'évolution des besoins.	Priorité normale
2.8.5	Les gestionnaires de l'établissement définissent des buts et des objectifs dans le plan stratégique qui sont conformes à la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.	Priorité normale
2.8.6	Les gestionnaires de l'établissement communiquent le plan stratégique à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.8.7	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre le plan stratégique en s'assurant que les activités opérationnelles soient alignées avec les priorités stratégiques, à tous les paliers de l'établissement.	Priorité normale
2.9.5	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les autres parties prenantes pour élaborer les plans opérationnels découlant du plan stratégique.	Priorité normale
2.10.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.	Priorité élevée
2.10.8	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre, passent en revue et mettent à jour régulièrement un plan de gestion du changement pour gérer et assurer la vigie de l'impact des changements liés à l'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
2.11.5	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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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

Évaluation du chapitre : 91,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 8,3 % 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 :

Une planification des ressources et une gestion efficiente permettent à la direction de répondre aux enjeux et défis qu'elle rencontre. Un enjeu cependant demeure, soit la rareté de main-d'œuvre pour offrir des services de qualité, sécuritaires et en réponse aux besoins de la population du territoire du CISSS des Îles.

Plusieurs initiatives sont mises en place, donc des travaux avec des partenaires en éducation. Le déploiement d'initiatives, qui visent à assurer le bien-être et la santé des équipes est porté par le comité santé mieux être qui est très actif et développe des activités pour assure la fidélisation et agit sur le climat de travail.

Le défi de l'accès au logement demeure un enjeu important sur le territoire des Îles. Dans ce contexte, la direction s'engage dans la construction de 60 logements sur un terrain qu'ils ont acquis à proximité des grands établissements du CISSS.

Du soutien est assuré par les équipes des ressources financières et des ressources humaines aux gestionnaires. En ressources humaines, il faut souligner les fiches capsules développées afin d'outiller les gestionnaires dans leurs fonctions. Cependant, la direction des ressources humaines est encouragée à prévoir des possibilités d'accompagnements (mentorat, coaching) aux nouveaux gestionnaires.

Les équipes des ressources financières produisent des suivis budgétaires trimestriels et assurent une formation et un soutien aux gestionnaires afin de les outiller à réaliser leurs suivis budgétaires.

Les équipes des ressources humaines, des ressources financières et des services techniques sont restreintes et polyvalentes. Cette situation est citée comme une force au niveau de l'agilité, mais aussi demeure une source d'inquiétude par la fragilité de celles-ci advenant une absence ou un départ dans l'équipe. Les équipes sont conscientes qu'elles doivent déléguer aux gestionnaires les tâches qui peuvent être réalisées par ceux-ci et ainsi éviter de réaliser les actions que les gestionnaires doivent s'approprier. Elles sont encouragées à poursuivre cette délégation en accompagnant les gestionnaires dans le changement. L'existence d'une belle relation patronale-syndicale engendrant un impact positif sur le climat de travail a été observée.

L'établissement s'est doté d'un Code de conduite. L'équipe est encouragée à l'utiliser comme base à la philosophie de gestion, en complément des valeurs organisationnelles qui seront revues prochainement.

L'établissement a élaboré une politique sur l'appréciation de la contribution des employés, tout en veillant à son application. Cependant lors des échanges avec le personnel et la consultation des dossiers des employés, il est noté que ces évaluations sont à géométrie variable. La direction est encouragée à réaffirmer la nécessité de réaliser ces évaluations et de développer des indicateurs à suivre au niveau stratégique.

Il convient de souligner que l'établissement a atteint un bon niveau de maturité concernant l'intégrité et la sécurisation des données. L'établissement a une équipe en partenariat avec le CHU de Québec sur la cybersécurité qui effectue des tests d'hameçonnage et élabore des tableaux comparatifs des résultats afin de suivre les améliorations. L'équipe est encouragée à s'assurer que ces informations soient partagées avec les autres équipes, en incluant les équipes médicales des différents secteurs, afin de les sensibiliser à cette responsabilité partagée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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
3.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un cadre de référence en gestion des talents pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre, préparer la relève et favoriser le cheminement de carrière au sein de l'établissement.	Priorité normale
3.3.11	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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 74,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 25,9 % 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 qualité des services tient à cœur les intervenants rencontrés. Ils sont mobilisés pour offrir des soins et des services de qualité pour lesquels ils tirent une grande fierté. Le développement d'une culture de qualité et de gestion des risques est en émergence et la mise en place récente d'une direction de la qualité viendra soutenir les efforts d'une équipe récemment renouvelée.

Les défis sont grands pour cette nouvelle équipe. Les travaux à réaliser sont nombreux que ce soit en matière de révision ou de mise en place des processus, d'outils standardisés, de formation continue des intervenants. Le tout devra faire l'objet d'une priorisation qui pourrait être éclairée par une première démarche de cartographie des risques pour lesquels l'établissement s'est doté récemment d'un outil. L'intégration des équipes médicales, des usagers et des personnes proches aidantes, n'étant pas dans la pratique actuelle, devra aussi faire l'objet d'une attention particulière. Plusieurs politiques et procédures ont été révisées et transmises, mais n'ont pas fait l'objet d'une démarche structurée pour former et accompagner les équipes dans leur actualisation sur le terrain. Une stratégie de formation continue des équipes. L'équipe de direction, dont les membres sont majoritairement récents, aurait tout à gagner à développer une approche réflexive, d'analyse, de recherche de meilleures pratiques et à intégrer le tout dans leurs différentes structures de gouvernance.

La grande majorité des employés rencontrés n'avaient pas eu de formation sur la politique de prévention de la violence en travail. Le développement d'une culture de dépistage et de déclaration des situations de violence en milieu de travail doit être soutenu par la formation des intervenants à tous les niveaux de l'organisation.

Malgré cela, il est important de souligner la présence de plusieurs éléments favorables qui viendront soutenir les travaux. Il est à noter que les liens avec la santé publique, la gestion de proximité constatée, l'ouverture des équipes à faire différemment, à travailler en interdisciplinarité et l'approche centrée sur la personne constituent des conditions favorables pour l'atteinte des résultats souhaités.

La mobilisation des acteurs, à tous les niveaux, le travail d'équipe et la mise en commun des forces de chacun soutenus par une structure de travail, une communication efficace et une hiérarchisation des efforts à tous les niveaux de l'établissement leur permettront de faire une grande différence.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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. 4.1.5.8 De l'information et de la formation sont fournies à la main-d'œuvre sur la prévention de la violence en milieu de travail.	POR
4.1.6	Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers et les personnes proches aidantes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance envers les usagers.	Priorité élevée
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale
4.2.6	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. 4.2.6.3 Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments. 4.2.6.4 Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente. 4.2.6.5 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	POR

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien. 4.3.2.6 La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.	POR
4.3.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives. 4.3.3.2 L'information est partagée avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin qu'ils comprennent quels incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, quand et comment le faire. 4.3.3.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate lors d'incidents liés à la sécurité des usagers est mise en œuvre pour la main-d'œuvre. 4.3.3.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des incidents sont passées en revue et les raisons qui soutiennent la mise de l'avant, le rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées. 4.3.3.6 L'information sur les mesures recommandées et les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux équipes. 4.3.3.7 L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre; recueillir la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet du mécanisme en place; assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'incident et de sa gravité; examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues; déterminer si la main-d'œuvre se sent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers.	POR

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.4	Les gestionnaires de l'établissement informent la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes des tendances concernant les incidents liés à la sécurité et des mesures d'amélioration apportées.	Priorité élevée
4.4.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques qui définissent les exigences envers la main-d'œuvre, concernant l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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

Évaluation du chapitre : 54,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 45,2 % 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 :

Devant l’augmentation des situations d’urgence et de sinistres qui est observée un peu partout dans le monde, les établissements de santé et de services sociaux ont l’obligation de structurer différentes actions sur le plan de la prévention, la préparation, l’intervention et le rétablissement.

Les équipes du CISSS des Îles font preuve d’une force importante en ce qui a trait à la phase d’intervention. Un plan coordonné des mesures d’urgence est bien implanté avec l’ensemble des parties prenantes au sein de l’établissement. Une équipe d’intervention agile a été mise en place afin d’améliorer la réponse face à une mesure d’urgence à l’intérieur de l’établissement. De plus, une offre de service en formation est dispensée à l’ensemble de la main-d’œuvre afin de renforcer les compétences.

L’établissement participe à des exercices pratiques et des simulations, autant à l’intérieur de l’établissement qu’avec des partenaires externes. Par exemple, les simulations d’écrasement d’avion et d’arrivée massive de blessés au service des urgences permettent aux équipes d’améliorer la rapidité des interventions.

L’établissement offre des services adaptés de soutien psychologique aux personnes durant un événement. Les membres du personnel sont également soutenus en ce sens, notamment par des séances de débreffage psychosocial en temps opportun, facilitant la phase de rétablissement.

Les bonnes pratiques soutiennent le fait qu’en mesure d’urgence et en cas de sinistre, il est nécessaire que les actions anticipées, de la prévention jusqu’à la fin du rétablissement soient formalisées et connues afin d’en augmenter son efficience. À cet effet, l’établissement est invité à documenter et à standardiser leurs processus.

Notamment, il est recommandé que le CISSS se dote d’un plan de communication d’urgence spécifique qui déterminerait à l’avance les rôles et responsabilités de chacun.

De plus, il est recommandé que l’établissement développe une vision globale et intégrée des risques de sinistres ou de mesures d’urgence, la partage et assure un suivi en continu. L’évaluation structurée et le suivi de ceux-ci permettraient de bonifier la planification des mesures à déployer.

L’établissement est en mesure de compter sur des professionnels engagés et mobilisés. Un déploiement agile devant une mesure d’urgence et de sinistre est une grande force pour l’établissement. Néanmoins, il est invité à standardiser et à formaliser les différents mécanismes afin de pouvoir optimiser et évaluer les pratiques en planification des soins et des services dans les situations d’urgence et de sinistres.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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
5.1.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures permettant de donner suite de façon efficace aux avis et aux demandes des instances de sécurité civile et de santé publique lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.1.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de communication qui définit la manière dont l'information à l'égard de situations d'urgence et de sinistres sera communiquée aux parties prenantes.	Priorité élevée
5.2.1	Les gestionnaires de l'établissement prévoient une approche intégrée pour effectuer une évaluation complète des risques à la santé et au bien-être dans une perspective de prévention et de préparation aux situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.2.2	Les gestionnaires de l'établissement prévoient de travailler, de manière concertée, avec tous les prestataires de soins et de services et les autres parties prenantes afin de recueillir et analyser les besoins des usagers et des membres de la communauté lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition de l'équipe des procédures pour gérer le cheminement, l'accès et la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.	Priorité élevée
5.4.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.4.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à reconstituer l'information sur les usagers au cas où celle-ci ne pourrait pas être récupérée ou restaurée après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.5	Les gestionnaires de l'établissement prévoient la tenue de séances de débreffage pour tous ceux engagés dans la gestion des situations d'urgence et de sinistres afin de soutenir le rétablissement et de formuler des recommandations d'amélioration pour d'autres événements.	Priorité normale
5.4.7	Les gestionnaires définissent les procédures qui faciliteront l'accès ou l'orientation vers des soins et services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les usagers après des situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.	Priorité normale
5.5.1	Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un mécanisme structuré d'évaluation qui couvre les phases liées à la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement.	Priorité normale
5.5.4	Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.	Priorité normale
5.5.5	Les gestionnaires de l'établissement prévoient de communiquer les résultats des évaluations aux parties prenantes, notamment à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et à la communauté afin de favoriser la transparence et l'apprentissage.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Santé publique

Évaluation du chapitre : 86,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 13,6 % 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 :

Le programme de santé publique du CISSS des Îles assure un rôle essentiel dans les services offerts directement à la population. Pour sa part, la direction régionale, positionnée au CISSS de la Gaspésie, héberge l'ensemble des responsabilités de la santé publique de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Celle-ci joue un rôle de leadership important, notamment dans l'élaboration et le suivi du Plan d'action régionale en santé publique (PAR).

L'équipe de la santé publique du CISSS des Îles peut compter sur des gens engagés, qui s'assurent d'une offre de service en étroite collaboration avec les partenaires de la communauté et ses citoyens. L'agilité dans l'adaptation des services est bien présente.

De l'information régulière sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé est diffusée à la population. Des outils concrets, comme le carnet d'urgence climatique, ont été élaborés de façon rigoureuse, et ce, en impliquant les partenaires ainsi que les citoyens représentant différentes populations du territoire. Cependant, la direction est invitée à mettre à jour sur une base régulière l'identification et l'évaluation des différents risques menaçant la population. Le partage de connaissances de ces risques est encouragé entre les équipes régionales et locales. De plus, un plan de mobilisation des ressources permettrait de préciser les responsabilités de façon plus définie, et ce, selon les différents niveaux d'activation de mobilisation.

Le développement d'initiatives prometteuses est observé concernant le développement d'environnements favorables et de mesures préventives dans la population. Des milieux spécifiques sont sollicités afin de rejoindre les personnes les plus à risques.

Les pratiques en prévention et contrôle des maladies infectieuses sont implantées avec rigueur et une attention particulière est portée à différents groupes plus vulnérables. Par ailleurs, l'établissement est invité à finaliser son travail afin d'actualiser la procédure liée à la gestion de l'approvisionnement assurant la qualité et la sécurité des vaccins.

Concernant les services de soutien et pratiques préventives offerts aux jeunes de 0 à 18 ans ainsi qu'à leurs parents, ceux-ci sont intégrés dans une trajectoire de service bien développée et concrète. Des ententes formelles avec les partenaires communautaires sont convenues, proposant une diversité de ressources professionnelles.

La polyvalence des professionnels, la diversité des services sur l'ensemble du continuum et la concertation intersectorielle sont des forces importantes sur lesquelles le programme de la santé publique peut miser.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.15	La Direction de santé publique met en œuvre un ensemble de procédures liées à la gestion de l'approvisionnement « juste à temps » pour assurer la qualité et la sécurité des vaccins.	Priorité normale
6.3.20	La Direction de santé publique évalue, de façon continue, les risques pour la santé en temps réel liés aux agents biologiques, chimiques et physiques, par un système de vigie efficace et des enquêtes épidémiologiques.	Priorité normale
6.3.21	La Direction de santé publique maintient un plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé de la population.	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Télésanté

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 34,9 % 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’établissement a un historique de télésanté depuis plus de 10 ans en lien principalement avec des consultations médicales spécialisées, mais également avec des initiatives concernant le suivi des plaies complexes et plus récemment de la téléréadaptation pulmonaire. Les usagers questionnés se disent très satisfaits des modalités de soins et services, principalement du fait qu’ils peuvent ainsi éviter de se déplacer sur de longues distances pour recevoir leurs services. Les activités se déroulent exclusivement au centre hospitalier, l’usager étant accompagné lors d’une consultation médicale par une infirmière sur place. Le soutien de l’équipe des systèmes d’information est fort apprécié. Les cadres règlementaires sont respectés et la cybersécurité fait l’objet d’une attention particulière.

Bien que l’établissement ait un historique de pratique en télésanté, le tout est sous-utilisé et est loin de l’atteinte de son plein potentiel, dont la mise en place de soins et services à l’intérieur même de son territoire. De plus, il est très difficile de connaître le volume et les types d’activités réalisées, car elles ne sont pas nécessairement enregistrées dans le système de rendez-vous de l’établissement. Les consultations médicales réalisées par téléphone ne sont pas captées ni encadrées comme une activité de télésanté.

La structure de gouvernance qui tarde à être mise en place et l’absence d’un pilote clinique constitue un frein important non seulement à la planification, conception et mise en œuvre des soins et services, mais également à la mise en place de processus normalisés, la disponibilité d’outils harmonisés, l’évaluation de la satisfaction et de la qualité et la gestion des risques dont pourraient découler des activités d’amélioration continue. Des ententes sont écrites, mais ne sont pas soutenues par un processus structuré de réévaluation, mais plutôt reconduites automatiquement.

Certaines pratiques ne sont pas uniformes et auraient avantage à être standardisées. À noter le consentement aux soins, le processus d’accueil de l’usager, la formation des intervenants. La documentation des activités de télésanté au dossier des usagers mériterait également une attention particulière pour favoriser la continuité des soins ainsi que le respect des normes de pratiques professionnelles.

Compte tenu de la situation géographique particulière des Îles de la Madeleine, des opportunités de développement en matière de télésanté et des impacts positifs pour la population du CISSS, la mise en place d’une structure de gouvernance associée à des ressources dédiées soutiendrait les efforts et les rendrait pérennes. L’équipe est mobilisée et maintient sa participation aux communautés de pratiques.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une structure de gouvernance est établie afin de diriger les services de télésanté et en assure la veille.	Priorité élevée
7.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme de gestion de la qualité des services de télésanté pour définir les caractéristiques de qualité requises et mesurer les résultats.	Priorité élevée
7.1.7	Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure organisationnelle aux équipes qui permet de gérer les périodes d'indisponibilité des services de télésanté.	Priorité normale
7.1.8	Les équipes responsables des services de télésanté doivent veiller à assurer la continuité du plan de soins et services individualisé de l'usager.	Priorité normale
7.2.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la stratégie organisationnelle de l'offre des services de télésanté est élaborée en collaboration avec les usagers.	Priorité normale
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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.7	Les équipes identifient les possibilités d'amélioration continue de la qualité en collaboration avec les usagers.	Priorité normale
7.2.8	Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes.	Priorité normale
7.2.9	Les équipes révisent régulièrement les lignes directrices et les protocoles en collaboration avec les usagers.	Priorité élevée
7.2.10	Les équipes s'assurent que les renseignements sur les services de télésanté sont à la disposition de l'usager et des personnes proches aidantes.	Priorité élevée
7.2.12	Les équipes s'assurent que les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent des informations sur leurs droits et responsabilités lorsqu'ils ont recours aux services de télésanté.	Priorité élevée
7.2.15	Les équipes s'assurent que le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant d'offrir les services de télésanté.	Priorité élevée
7.3.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une séance d'orientation officielle et intégrale sur les services de télésanté est offerte aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux personnes proches aidantes.	Priorité élevée
7.3.6	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un organigramme soutenant la prestation des services de télésanté est décrit et documenté.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 81,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 18,8 % 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 :

Dans le cadre de l’évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), les visiteurs ont rencontré des équipes proactives et mobilisées permettant d'assurer des soins et services sécuritaires et efficients. La proximité et la disponibilité de l’équipe de la PCI sont reconnues par les autres directions.

Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le programme de prévention et de contrôle des infections inclut un plan de surveillance qui respecte les exigences des plans d'action des différentes directions ministérielles. Une mise à jour est recommandée pour le programme-cadre en prévention et contrôle des infections nosocomiales qui est disponible depuis 2018. Un comité stratégique en PCI, une table clinique intersectorielle PCI ainsi qu’un comité ad hoc lors d’éclosions sont également actifs.

Une saine gestion de la surveillance des éclosions a été constatée, ce qui démontre toute la rigueur et l’implication des équipes qui assurent un suivi étroit des infections nosocomiales.

L'équipe de PCI assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains sous forme d’audits. La transmission des résultats est faite par l'équipe de la PCI auprès des gestionnaires des différents secteurs de l’établissement. Certaines équipes rencontrées mentionnent ne pas connaître les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

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. Cependant, il est recommandé à l’établissement de déployer des stratégies visant à augmenter le taux de conformité d'hygiène des mains par l’élaboration d’un plan d’amélioration continue regroupant l’ensemble des actions à réaliser.

L'établissement offre une formation obligatoire à l'embauche sur les pratiques en prévention et contrôle des infections et sur l'hygiène des mains en milieu de soins et de services. Il est constaté que ces formations ne font pas partie du plan de développement des ressources humaines (PDRH). Il est conseillé que les formations obligatoires offertes à l'embauche soient intégrées au PDRH chaque année.

Une procédure sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l’équipement médical est en cours de rédaction. En plus de soutenir la poursuite des travaux et l’adoption de la procédure, il est opportun qu’un plan d'amélioration de la qualité en lien avec les activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical de disponible soit intégré dans les mécanismes de suivi.

Bien que des améliorations dans plusieurs secteurs sont constatées, des efforts supplémentaires seront à déployer pour s’assurer de la conformité des espaces réservés au matériel propre et espaces réservés au matériel souillés afin de limiter les risques de contaminations croisées. L’accès à des éviers réservés au lavage des mains n’a pas été observé dans toutes les installations. De plus, il est souhaitable de remplacer le mobilier en bois, servant d’espace de travail aux usagers du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, dont la surface est poreuse et ne peut être désinfectée.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Il est constaté que le nombre d'équivalents temps complet (ETC) prévu au cahier des postes est conforme au budget. Cependant, une ressource à temps complet n'est actuellement pas remplacée. Il est indispensable de remplacer la ressource manquante dans le but de soutenir les activités d'amélioration de la qualité liées à la PCI.

L'équipe de la PCI est un incontournable au sein de l'établissement et son leadership doit-être appuyé afin de maintenir de hauts standards de qualité. Il devient primordial de développer une responsabilité partagée en PCI avec l'ensemble des services.

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
8.1.9	L'équipe de prévention et de contrôle des infections collabore avec les programmes-services afin de limiter les risques d'infections croisées.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée
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. 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.	POR

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.15	Les équipes participent au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et sur une base régulière selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	Priorité élevée
8.2.28	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	Priorité normale
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. 8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : • faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); • mesurer l'utilisation d'un produit; • inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; • évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). 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.	POR
8.2.31	Les gestionnaires de l'établissement assurent la classification des zones de l'environnement physique en fonction du risque d'infection afin de définir le nettoyage et la désinfection requis (type et fréquence).	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % 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 :

Les équipes des services de retraitement des dispositifs médicaux ont été évaluées pour l'ensemble des critères de ce chapitre. La qualité des services et la sécurité des usagers sont au centre des préoccupations des membres des équipes et du gestionnaire rencontré. La rigueur et l'engagement du personnel sont remarquables.

L'équipe des visiteurs a été à même de constater la grande qualité des installations de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux qui a été complètement rénovée et positionnée stratégiquement dans l'hôpital.

L'environnement physique ainsi que tous les efforts d'optimisation des processus sont remarquables. Il est à noter que toutes les activités de retraitement sont réalisées au même endroit.

Le service dispose d'un plan d'amélioration continue ainsi que d'une planification annuelle des audits à réaliser. Une initiative prometteuse qui reflète bien l'engagement des équipes vers l'amélioration continue.

Bien que l'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation, une procédure de prénettoyage des endoscopes digestifs au point d'utilisation a été rédigée et est en attente d'être approuvée.

Tous les employés du service sont reconnus par un programme formel de formation ainsi qu'un programme d'orientation et d'évaluation complet.

Les zones de croisements ainsi que les consignes liées au transport et au dépôt des équipements souillés dans les contenants prévus à cet effet ont été corrigées depuis la dernière visite.

Depuis 2017, un programme d'accueil, d'orientation et d'intégration est disponible. Bien qu'aucune modification majeure ne soit requise, une mise à jour demeure souhaitable.

Un plan de maintien des activités est à réaliser, considérant que le service de retraitement des dispositifs médicaux repose sur deux préposés et une chef d'équipe. Il s'agit d'une très petite équipe qui détient une expertise précise nécessitant une formation spécifique.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 58,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 42,0 % 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 circuit du médicament comprend de nombreux processus et activités dont la robustesse peut avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins et services dispensés. Il doit s'appuyer sur une concertation entre les différents intervenants et mettre à contribution les usagers et les personnes proches aidantes.

Le département de pharmacie peut compter sur des lieux bien aménagés et lumineux, quoique relativement restreints pouvant ainsi limiter la capacité à accueillir des développements.

Beaucoup d'efforts ont été investis pour la mise aux normes du circuit du médicament; ces efforts doivent être poursuivis. La mise en place d'un comité interdisciplinaire permettrait de favoriser la mise en commun des expertises et efforts pour soutenir l'ensemble des processus. Cela favoriserait également l'évaluation et l'amélioration continue ainsi que l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la qualité. La formation continue des intervenants en lien avec le circuit du médicament et les activités d'évaluation des différentes étapes du circuit du médicament demeurent à structurer.

Le département de pharmacie a constitué un comité local de gestion qui analyse les accidents et incidents, ce qui favorise la discussion entre collègues et la mise en place d'initiatives d'amélioration. Il faut également souligner les efforts pour élargir l'offre de services malgré un contexte de rareté de ressources et de besoins qui dépassent la capacité des équipes à y répondre. Les efforts pour la mise en place d'un programme de gestion des antimicrobiens de même que pour la réduction de la polypharmacologie sont à souligner et à poursuivre.

Les services dispensés sont appréciés par les équipes de soins et la facilité à rejoindre rapidement un pharmacien a été soulignée. La collaboration avec les acteurs internes et externes est présente et basée sur une relation de confiance.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.1	Le comité interdisciplinaire dispose d'un mandat bien défini pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.8	Le comité interdisciplinaire établit une procédure pour déterminer les heures d'administration normalisées pour les médicaments.	Priorité élevée
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
10.1.10	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	Priorité élevée
10.1.12	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la gestion du circuit du médicament apporté par l'usager.	Priorité élevée
10.1.13	Le comité interdisciplinaire participe à l'élaboration de l'offre de service de pharmacie clinique disponible aux aires de soins en fonction de la population desservie, et de la complexité des services offerts.	Priorité normale
10.1.16	Le comité interdisciplinaire dispose d'une procédure pour communiquer aux équipes cliniques, en temps opportun tout changement apporté au formulaire thérapeutique.	Priorité élevée
10.1.17	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour obtenir en temps opportun les médicaments qui ne sont pas inscrits au formulaire thérapeutique.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.8	Les gestionnaires de l'établissement veillent à l'interopérabilité du système de rédaction d'ordonnance électronique avec d'autres systèmes d'information cliniques requis pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.3.12	Le comité interdisciplinaire veille à l'interopérabilité du système informatique de la pharmacie à d'autres systèmes d'information cliniques requis pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.3.14	Le comité interdisciplinaire établit des limites de doses contournables et incontournables pour tous les médicaments administrés par perfusion.	Priorité élevée
10.3.15	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure qui précise le moment et la façon de contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes.	Priorité élevée
10.3.16	L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes.	Priorité normale
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

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.4.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé. 10.4.3.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé. 10.4.3.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.	POR
10.4.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès. 10.4.4.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès. 10.4.4.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées à la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et à leur accès.	POR
10.4.9	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'introduction de tout nouveaux dispositifs d'administration des médicaments.	Priorité élevée
10.5.3	L'équipe de pharmacie s'assure que les aires d'entreposage pour les stupéfiants et les drogues contrôlées sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements.	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
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
10.6.3	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la transmission des ordonnances de médicaments à la pharmacie.	Priorité élevée
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. 10.6.5.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisées .	POR
10.6.9	Le comité interdisciplinaire vérifie régulièrement la tenue des dossiers cliniques en ce qui a trait aux activités de gestion du circuit du médicament pour identifier les forces et les points d'amélioration.	Priorité élevée
10.7.1	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur la validation des ordonnances par l'équipe de pharmacie avant l'administration d'une première dose.	Priorité élevée
10.8.3	Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration.	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.8.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour signaler à la pharmacie toutes préoccupations en ce qui a trait aux médicaments.	Priorité élevée
10.9.2	L'équipe de pharmacie distribue les médicaments en doses unitaires ou dans un emballage multidoses quotidien et les exclusions (p. ex., liquides, préparations topiques, antiacides, otiques ou ophtalmiques, flacons multidoses) sont précisées dans la procédure du département de pharmacie.	Priorité élevée
10.9.13	L'équipe de pharmacie met à la disposition des équipes cliniques une procédure de gestion des retours de médicaments non administrés et non contaminés à un endroit sécurisé sous la responsabilité de la pharmacie.	Priorité normale
10.9.18	Les équipes cliniques qui participent à l'administration ou à la distribution des médicaments et à la surveillance de leurs effets sont assujetties à une formation sur la façon de reconnaître les symptômes d'allergies médicamenteuses et comment intervenir.	Priorité élevée
10.9.20	Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.	Priorité normale
10.10.1	Les équipes cliniques informent l'usager à propos des médicaments qu'il recevra avant la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, consignent la discussion et accordent la priorité absolue aux souhaits de l'usager ou des personnes proches aidantes.	Priorité élevée
10.10.2	Les équipes cliniques communiquent aux usagers les informations sur la façon de prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, et cette information fait l'objet d'une discussion avec l'usager et les personnes proches aidantes.	Priorité élevée

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.10.4	Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers.	Priorité élevée
10.10.5	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers.	Priorité normale
10.10.6	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments.	Priorité normale
10.10.7	Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.	Priorité normale
10.10.8	Les équipes cliniques offrent une formation et une supervision appropriées à l'usager avant l'autoadministration, ce qui est consigné dans son dossier.	Priorité élevée
10.10.9	Les équipes cliniques respectent la procédure pour la tenue du dossier clinique lorsque l'usager participe au programme d'autoadministration des médicaments.	Priorité normale
10.11.2	Le comité interdisciplinaire évalue la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement pour en apporter des améliorations.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.11.4	Le comité interdisciplinaire utilise des critères pour établir la priorité des incidents déclarés liés à la gestion du circuit du médicament pour déterminer ceux qui devront être analysés plus en profondeur.	Priorité élevée
10.11.5	Le comité interdisciplinaire détermine quels membres de l'équipe peuvent participer à l'analyse des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.	Priorité normale
10.11.6	Le comité interdisciplinaire, à la suite de l'analyse d'incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, partage les mesures recommandées et les améliorations à apporter avec les équipes.	Priorité normale
10.11.7	Les gestionnaires de l'établissement offrent aux équipes cliniques de la formation sur la façon d'identifier et de déclarer les réactions indésirables aux médicaments.	Priorité normale
10.11.8	Le comité interdisciplinaire met en œuvre un plan d'action concernant les réactions indésirables aux médicaments qui sont déclarées.	Priorité normale
10.11.9	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion du circuit du médicament.	Priorité normale
10.11.11	Le comité interdisciplinaire dispose d'une veille procédurale qui met à jour les politiques et procédures de la gestion du circuit du médicament en fonction des données probantes et des révisions apportées aux lois et aux règlements.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

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
10.11.13	Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie des évaluations du circuit du médicament pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et s'assure que des améliorations sont apportées au bon moment.	Priorité normale
10.11.14	Le comité interdisciplinaire fait part aux équipes cliniques des résultats de l'évaluation, des secteurs de réussite et des éléments pouvant bénéficier d'améliorations, des réalisations effectuées et des résultats obtenus.	Priorité normale

© 2024, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.