



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA

# Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>

**Institut universitaire de cardiologie  
et de pneumologie de Québec –  
Université Laval**

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

## 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'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation 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'organisation 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](mailto: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.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

## **Au sujet 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’Organisation 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 12 000 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).

## **Au sujet du rapport**

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec<sup>MC</sup> 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 des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, 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.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

# Sommaire

## L'établissement

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ) est un centre hospitalier universitaire suprarégional. Il offre des soins et services surspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité principalement à la population du Centre-du-Québec et de l'est de la province comptant plus de 2 millions de personnes. Certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. L'Institut dispose de 338 lits et compte près de 3 000 employés.

## Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval a pour mission d'offrir des soins et services spécialisés et surspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie bariatrique pour un très grand territoire. L'Institut fait preuve d'un engagement et d'une détermination marqués à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services dispensés à la clientèle. Les membres du conseil d'administration (CA) émettent des orientations claires pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement et font preuve d'un souci constant envers l'atteinte de résultats concrets dans l'offre de services. L'accessibilité, la qualité et la sécurité des services sont des critères incontournables dans la prise de décision du CA. L'approche centrée sur l'utilisateur et sa famille est une priorité organisationnelle adoptée par le CA et est actuellement en déploiement. Par ailleurs, un bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches vient de voir le jour; il est sous la responsabilité d'un usager-ressource. De plus, l'Institut a développé de nombreux partenariats pour assurer la complémentarité des services et le maintien de l'accessibilité. Les partenaires institutionnels se disent très satisfaits de l'excellente collaboration des différentes équipes.

L'Institut a élaboré un plan clinique qui lui a permis d'identifier les défis et enjeux auxquels il doit répondre dans les prochaines années. En ce qui concerne la main-d'œuvre, l'Institut est soucieux de créer un environnement de travail où le bien-être des personnes est au cœur des préoccupations; il a d'ailleurs obtenu la certification *Entreprise en santé-Elite*. Toutefois, il doit faire face à une rareté de main-d'œuvre, notamment dans les secteurs critiques. Les soins et services sont dispensés dans des installations bien entretenues, mais très vétustes. Un plan directeur en lien avec le plan clinique de l'Institut a été élaboré. En dépit de cette situation, les usagers reconnaissent l'excellence des soins dispensés et n'ont que de bons mots à l'égard du personnel et des médecins.

## Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	97,1%	97,8%	95,7%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

## Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

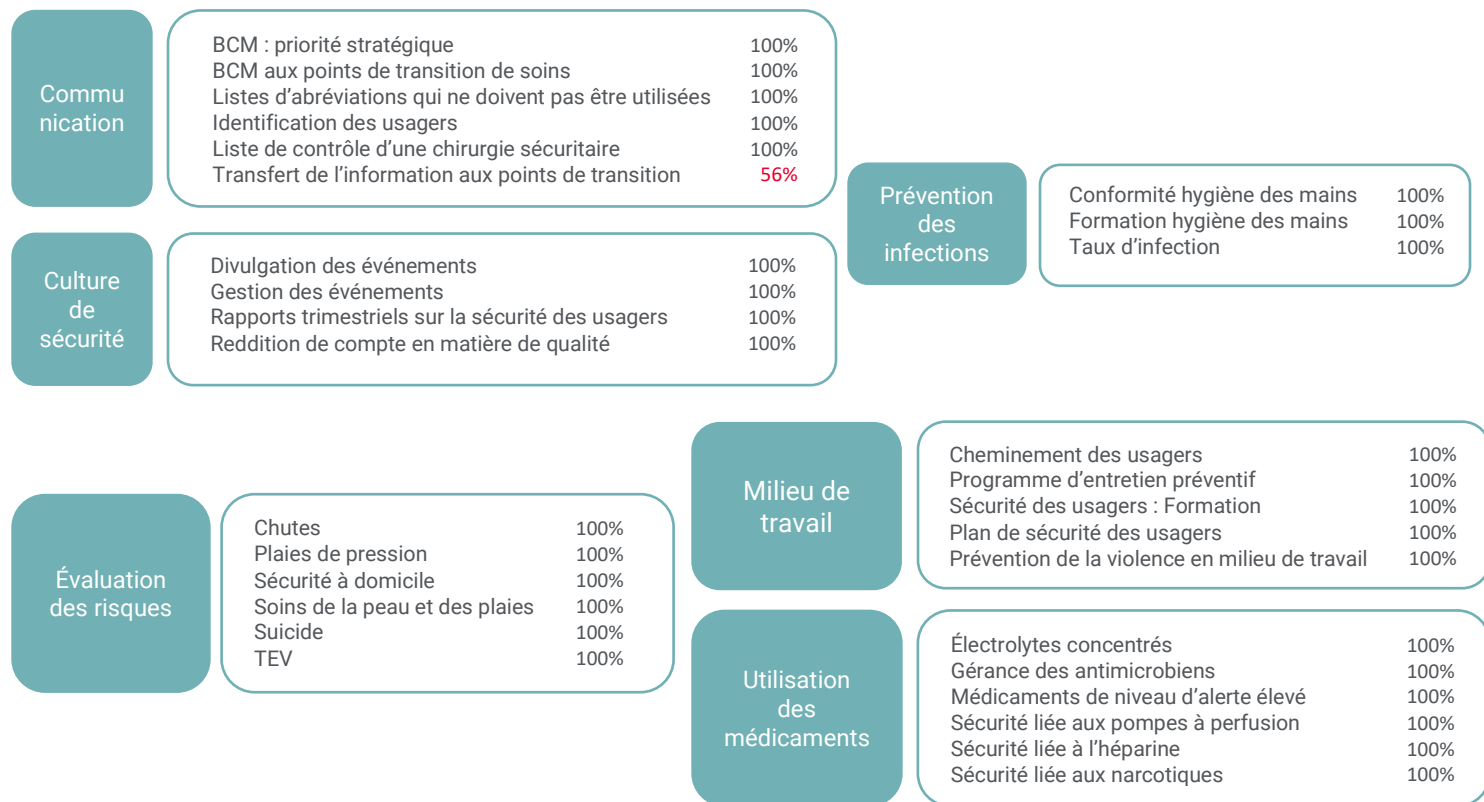
### Secteurs d'excellence :

- Engagement marqué à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services à tous les niveaux de l'organisation.
- Approche centrée sur l'utilisateur et sa famille (mise en place du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches).
- Certification *Entreprise en santé – Élite*.
- Expertise de pointe dans la prise en charge de la clientèle atteinte d'un cancer pulmonaire.
- Bilan comparatif des médicaments déployé à 100 % dans l'ensemble de l'organisation

### Opportunités d'amélioration :

- Processus non standardisé et non documenté lors de la transmission de l'information aux points de transition des soins
- Vétusté des lieux physiques
- Non-conformité aux normes de qualité de la salle de retraitement de l'endoscopie
- Présence de matériel propre et souillé dans la même salle de retraitement de l'endoscopie.
- Absence du plan d'intervention individualisé dans les secteurs pertinents

## Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)



## Table des matières

Au sujet d’Agrément Canada .....	iii
Au sujet du rapport .....	iii
Sommaire .....	iv
Aperçu du programme .....	1
Décision d’agrément.....	2
Exigences du programme d’agrément .....	2
Analyse selon les dimensions de la qualité .....	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR) .....	4
Sondages.....	6
Résultats d’évaluation par programme-services.....	10
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales.....	10
Santé physique.....	12
Amélioration continue de la qualité.....	14
Évaluation des pratiques sécuritaires .....	14
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d’examen .....	15
Conclusion.....	16
Annexes .....	17
Directives relatives à l’attribution de l’agrément .....	17
Classification des critères.....	18
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	20
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués .....	21
Détails techniques du rapport.....	23

## Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum<sup>MD</sup> 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'organisation 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 pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

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;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
  - Le fonctionnement de la gouvernance;
  - L'expérience de l'utilisateur; et
  - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. 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.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

# Décision d'agrément

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Le statut d'agrément est :

**Agréé**

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

## Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.

Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> comprennent :









- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.



## Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	100,0%	27	0	0	27
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	98,8%	85	1	0	86
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	90,4%	47	5	1	53
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	100,0%	52	0	5	57
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	98,6%	70	1	3	74
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	96,2%	556	22	13	591
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	97,5%	580	15	44	639
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	97,4%	378	10	23	411
<b>Total</b>	<b>97,1%</b>	<b>1795</b>	<b>54</b>	<b>89</b>	<b>1938</b>

## Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'établissement doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR fait l'objet de tests de conformité (TC). L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

### Sommaire des POR de l'établissement

**Total**

**89/93**

# POR Conforme

**96%**

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	100%	32 / 32	8 / 8
	Identification des usagers	100%	10 / 10	10 / 10
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	6 / 6	1 / 1
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	5 / 5	1 / 1
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	64%	29 / 45	5 / 9
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	100%	14 / 14	2 / 2
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	100%	5 / 5	1 / 1
	Prévention des plaies de pression	100%	15 / 15	3 / 3

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	100%	5 / 5	1 / 1
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	15 / 15	3 / 3
	Soins efficaces des plaies	100%	8 / 8	1 / 1
	Stratégie de prévention des chutes	100%	18 / 18	6 / 6
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	100%	4 / 4	1 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	100%	80 / 80	10 / 10
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	100%	33 / 33	11 / 11
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	11 / 11	11 / 11
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	6 / 6	1 / 1
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

## Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
<b>Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance</b>	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
<b>Sondage sur la mobilisation du personnel</b>	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
<b>Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins</b>	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
<b>Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers</b>	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à la sécurité des usagers.
<b>Sondage sur l'expérience de l'utilisateur</b>	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

## Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 2 juillet au 12 septembre 2018

Nombre de répondants : 17

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



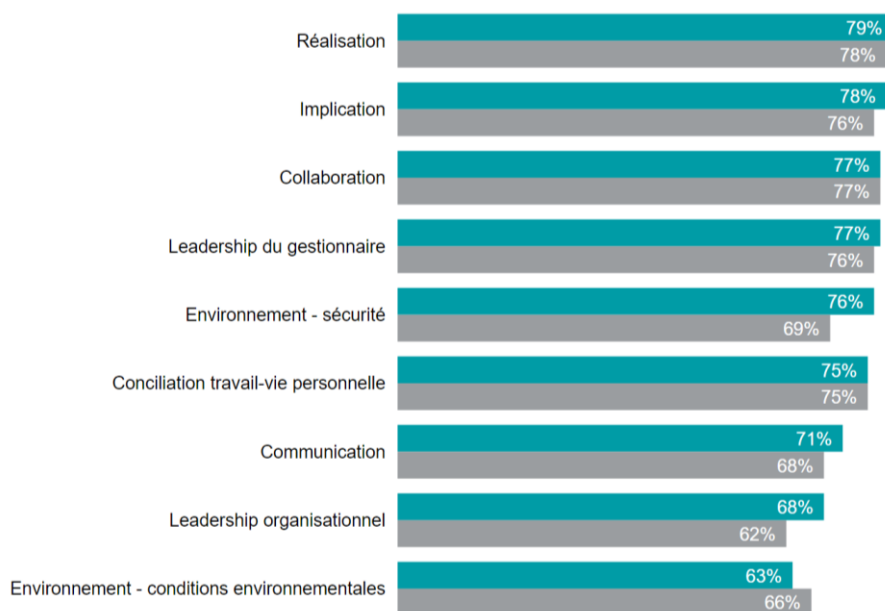
## Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 23 septembre au 4 décembre 2019

Nombre de répondants : 357

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



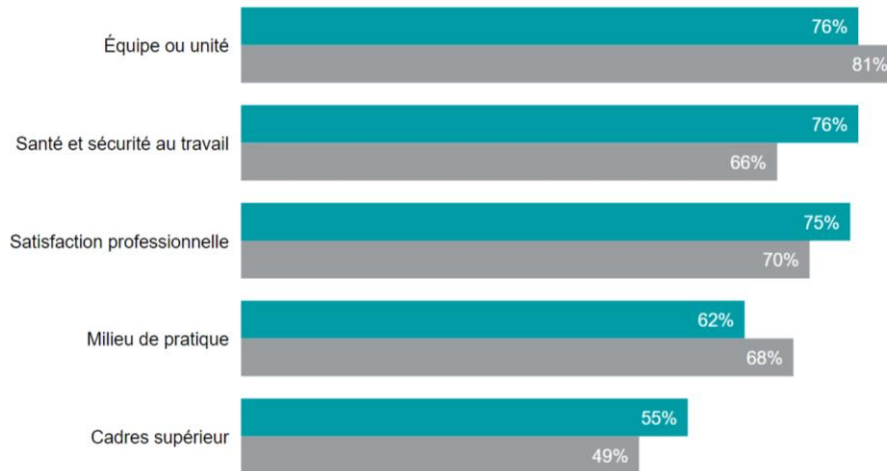
## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 20 septembre au 7 novembre 2019

Nombre de répondants : 33

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSCS



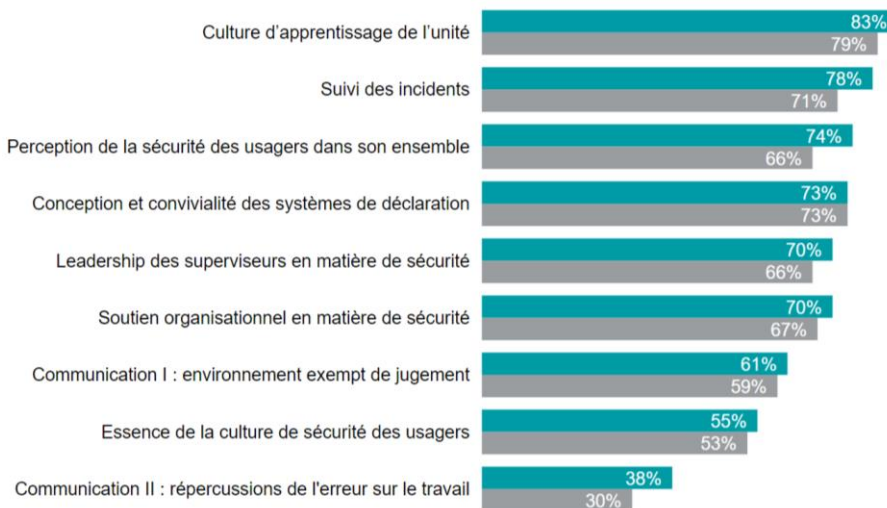
## Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 16 septembre au 7 novembre 2019

Nombre de répondants : 326

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSCS



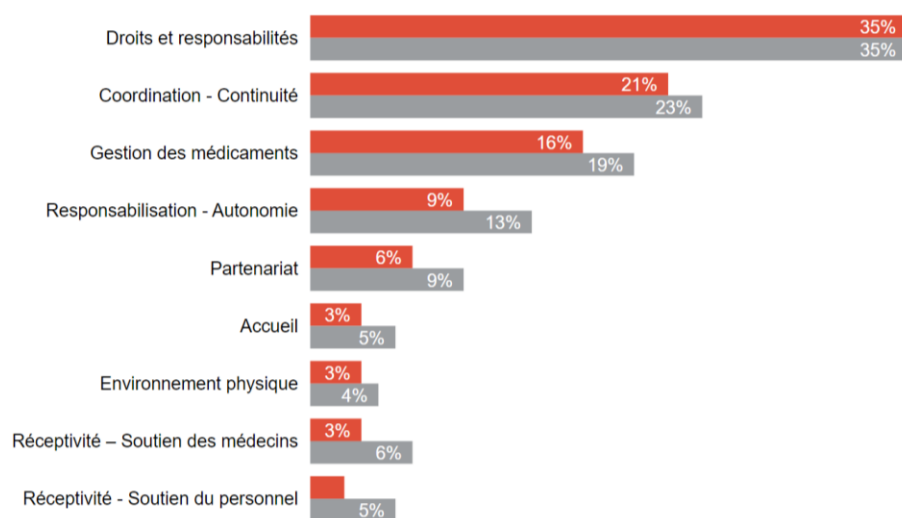
## Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 690

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



# Résultats d'évaluation par programme-services

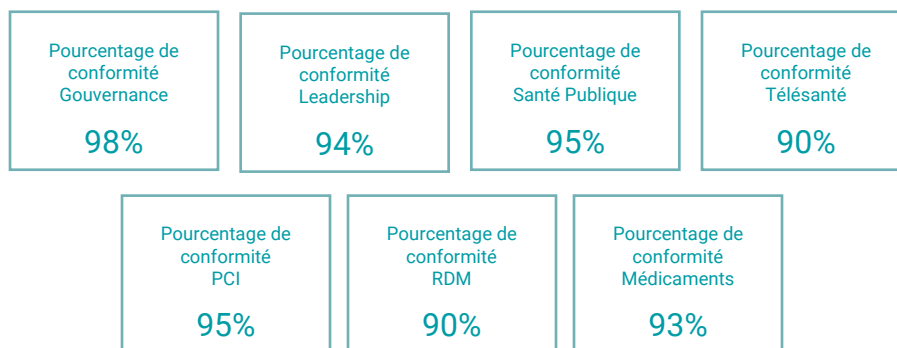
## Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté<sup>1</sup>, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

### Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	97%	3%	5	98%	2%	2	100%	0%	0	98%	3%	7
Leadership	100%	0%	4	100%	0%	1	100%	0%	1	100%	0%	6
Télésanté	100%	0%	0	100%	0%	0				100%	0%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	1	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	1
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	95%	5%	0	98%	2%	3				97%	3%	3
Gestion des médicaments	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	0
<b>Total</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>	<b>10</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>	<b>17</b>

### Comparatif du réseau



<sup>1</sup> À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.



## Faits saillants

(2018) Le conseil d'administration de l'Institut manifeste le souci constant d'offrir des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins spécifiques de sa clientèle. Les activités d'amélioration continue et de gestion des risques de l'Institut font l'objet de suivis rigoureux par le comité de vigilance et de la qualité ainsi que par l'ensemble des membres du conseil. En ce qui concerne la planification des services, l'Institut, ayant une expertise de pointe dans la prise en charge de la clientèle atteinte d'un cancer pulmonaire, s'est vu confier un mandat ministériel relié à la consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire pour l'est du Québec et le nord du Nouveau-Brunswick. Une grande rigueur dans le processus de planification et de suivi budgétaire à tous les niveaux hiérarchiques permet à l'organisation de respecter l'équilibre budgétaire malgré les nombreux besoins en constante croissance.

L'environnement physique dans certains secteurs de l'Institut pose des défis pour l'ensemble des intervenants et la direction. Par exemple, certains corridors sont encombrés, ce qui entraîne un risque pour la sécurité des usagers. Cependant, malgré l'encombrement, l'équipe fournit des efforts remarquables en matière de prévention des infections. La dynamique équipe du service de prévention des infections est multidisciplinaire. À l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, les locaux sont propres et les zones stériles sont séparées des zones souillées. Toutefois, la salle de retraitement de l'endoscopie est problématique. La salle de ventilation des bronchoscopes est aussi celle où sont pratiquées les bronchoscopies. L'équipe est encouragée à poursuivre le projet clinique pour regrouper tous les services de retraitement et d'endoscopie dans un même espace afin de répondre aux normes de qualité et de sécurité.

(2021) En ce qui a trait à la télésanté, la pandémie a permis d'accélérer l'utilisation de cette modalité à l'Institut. Les professionnels se sont mobilisés afin de s'approprier cette technologie au bénéfice de leurs usagers. Quant aux pratiques organisationnelles requises, une seule pratique n'est pas conforme, celle qui concerne la transmission de l'information aux points de transition. Plus spécifiquement, le processus de transmission n'est pas standardisé et l'information transférée n'est généralement pas documentée.

## Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

### Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



### Comparatif du réseau



### Faits saillants

L'Institut a développé et implanté un programme de gestion intégrée des risques qui permet un suivi rigoureux des situations nécessitant une attention et la mise en place de solutions rapides. Ce programme est connu et appliqué à tous les niveaux hiérarchiques, permettant une fluidité de la communication sous forme d'escalade-cascade qui favorise l'efficacité. L'équipe de gestion a également mis en place une structure de gestion du cheminement des usagers très complète et rigoureuse. Un partenariat avec le CIUSSS de la Capitale Nationale assure la présence d'infirmières de liaison et d'intervenants réseau dans les différents secteurs de l'IUCPQ-UL. Leur rôle est de faire les liens précocement avec les organismes externes afin d'accélérer les transferts lors du congé. Toutes les personnes rencontrées expriment une satisfaction sans faille à l'égard des services reçus. Le personnel est engagé et exprime également une grande satisfaction au travail. L'Institut obtient un taux de conformité élevé. Cependant, bien que des éléments soient en place pour la transmission de l'information pertinente aux points de transition

de l'utilisateur, le processus n'est pas standardisé et l'information transférée n'est généralement pas documentée. Parmi les autres défis et possibilités d'amélioration constatés, il faut noter l'importance de définir une procédure encadrant le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, d'implanter un processus de révision systématique de la documentation et de renforcer la cogestion médico-administrative.

## Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

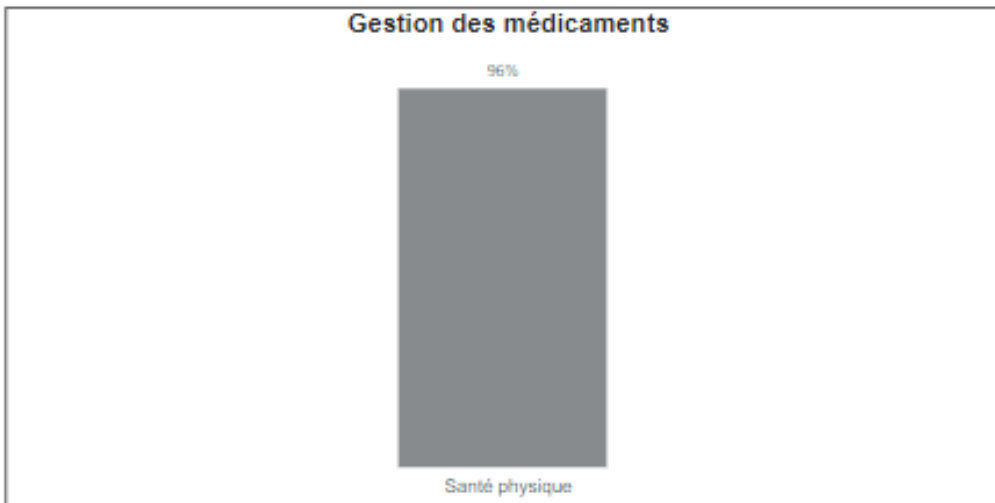
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

## Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

### Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





### Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

## Conclusion

La qualité des soins et des services, la sécurité de la clientèle et l'amélioration continue sont omniprésentes dans la prise de décision à tous les niveaux de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. L'Institut s'est engagé depuis quelques années dans l'implantation d'un nouveau modèle de gestion qui soutient l'amélioration des processus. Ce modèle de gestion a favorisé la mise en place de stations visuelles stratégiques, tactiques et opérationnelles.

Un plan de sécurité des usagers a été adopté et des analyses prospectives sont réalisées. L'implantation d'une gestion intégrée des risques est bien alignée et les cadres s'approprient graduellement cette approche à travers leurs projets,

Un sondage sur l'expérience des usagers a été réalisé et les résultats révèlent un haut taux de satisfaction. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services souligne la belle collaboration des parties prenantes de l'organisation dans le suivi des insatisfactions et des plaintes de la clientèle. En outre, les usagers partenaires sont impliqués dans différents processus et activités. Lorsqu'ils ont été interrogés, ils ont affirmé que la direction de l'établissement est à leur écoute et avoir perçu que leur opinion est importante. Cependant, une pratique à prioriser pour impliquer davantage les usagers dans la dispensation de leurs propres soins serait la formalisation du plan d'intervention individualisé dans les secteurs où cela est pertinent. Cette démarche pourrait être menée en collaboration avec l'utilisateur, sa famille dans une perspective d'amélioration, d'inclusion et de responsabilisation des acteurs.

Les usagers ont unanimement reconnu l'engagement de l'Institut à développer une culture de soins centrés sur les besoins et les attentes de l'utilisateur.

## Annexes

### Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

\*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

## Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

### Niveaux de priorité

#### *Pratiques organisationnelles requises (POR)*

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

#### *Critères à priorité élevée*

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

#### *Critères à priorité normale*

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

### Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.
- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.



- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.



## Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	26 au 28 novembre 2018
Séquence 1	Leadership	26 au 28 novembre 2018
Séquence 1	PCI	26 au 28 novembre 2018
Séquence 1	RDM	26 au 28 novembre 2018
Séquence 1	Gestion des médicaments	26 au 28 novembre 2018
Séquence 3	Santé physique	25 au 28 octobre 2021
Séquence 3	Télésanté	25 au 28 octobre 2021

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

### Séquence 1

Norme	Norme évaluée
Gouvernance	Oui
Leadership	Oui
Santé Publique	Non
Prévention et contrôle des infections	Oui
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui
Gestion des médicaments	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> <li>Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval</li> </ul>

### Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Non
Services de pédiatrie	Non
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Non
Services de transplantation	Oui
Services d'activités spécialisées à domicile	Oui
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval</li></ul>

## Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

### Taux de conformité global

Pourcentage ( $\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$ ) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

### Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ( $\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$ )

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

### Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

### Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

### Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

### Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

### Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

### Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

#### Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ( $\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$ ) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec<sup>MC</sup>.

#### Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.